MANUAL

DE

PSYCHIATRIA

PELO

DR. HENRIQUE DE BRITO BELFORD ROXO

Professor cathedratico da Clinica Psychiatrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, director do Instituto de Psychopathologia da Assistencia a Alienados, membro effectivo da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, membro titular da Academia Nacional de Medicina, membro associado da Société Clinique de Médicine Mentale de Paris, membro associado da Société Médico-Psychologique de Paris, presidente honorario do Comité Internacional de Hygiene Mental com séde em New-York, membro honorario da Academia Paulista de Medicina, socio correspondente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, membro correspondente da Sociedade de Neurologia e Psychiatria de Buenos Ayres, socio honorario da Liga Argentina de Hygiene Mental, socio honorario da Associação Internacional Medico Legal dos Estados Unidos, da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Nictheroy, da Academia de Sciencias de Educação, etc

3.ª EDIÇÃO

LIVRARIA FRANCISCO ALVES

166, Rua do Ouvidor, 166 — Rio de Janeiro

S. PAULO	BELLO HORIZONTE
292, Rua Libero-Badaró	Rua da Bahia, 1052

1938

Trabalhos do mesmo autor

1 — Duração dos actos psychicos elementares — These inaugural — 1900.
2 — Syphilis cerebral — Brasil-Medico, ns. 38 e 39 — 1899.
3 — Caso interessante de paranoia — Annaes do Gremio dos Internos dos Hospitaes — 1899.
4 — Causas de alienação mental no Brasil — 1901.
5 — Do pulso nos alienados — 1902.
6 — Etiologia infecciosa da hysteria. Um caso de astasia-abasia — 1903.
7 — Homens hystericos — Gazeta Clinica de S. Paulo, n. 9 — 1903.
8 — Perturbações mentaes nos negros do Brasil — Communicação ao 2.º Congresso Medico Latino Americano, reunido em Buenos Ayres, em Abril de 1904.
9 — Actos psychicos — Gazeta Clinica de S. Paulo, n. 11 — 1904.
10 — Edema agudo angio-neurotico — Brasil Medico, n. 46 — 1904.
11 — Tratamento da epilepsia — 1905.
12 — Molestias mentaes e nervosas — Aulas professadas durante o anno lectivo de 1905.
13 — Perturbações mentaes ligadas á arterio-esclerose — Archivos Brasileiros de Psychiatria, n. 3 — 1906.
14 — Tratamento das psychasthenias — Revista Syniatrica, n. 1 — 1907.
15 — Estados mentaes nas grandes nevroses — Communicação ao 6.º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia — Archivos Brasileiros de Psychiatria, ns. 3 e 4 — 1907.
16 — Da consciencia nos alienados — Brasil Medico, n. 47 — 1907.
17 — Da attenção nos alienados — Archivos Brasileiros de Psychiatria, ns. 1 e 2 — 1908.
18 — Da memoria nos alienados — Brasil Medico, ns. 3 e 4 — 1909.
19 — Causas de reinternação de alienados no Hospicio Nacional — Communicação ao 4.º Congresso Medico Latino Americano — 1909.
20 — Perturbações da cenesthesia na demencia precoce — Revista Syniatrica, n. 1 — 1910.
21 — Diagonostico precoce dos tumores do lóbo frontal — 1910.
22 — Da vontade nos alienados — Archivos Brasileiros de Medicina — Fevereiro de 1911.
23 — Falsos neurasthenicos — Communicação ao 7.º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia — Abril de 1912.
24 — Délire systématisé hallucinatoire chronique — Communication au XVII Congrès International de Médicine de Londres — 1913.

25 — Doenças mentaes e nervosas — Relatorio da viagem á Europa — Brasil Medico, n. 46 — 1913.
26 — O crime do Deseado — Vida Academica — 7 de Julho de 1914.
27 — Da affectividade nos alienados — Archivos Brasileiros de Medicina — Abril e Maio de 1915.
28 — Sexualidade e nervosismo — A Clinica — Outubro de 1915.
29 — Psychologia da calumnia — Revista Fluminense — 1.º de Maio de 1916.
30 — Do raciocinio nos alienados — Brasil Medico, ns. 23 e 24 — 1916.
31 — Nervosismo — Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal, ns. 1 e 2 — 1916.
32 — Psychasthenia — Communicação ao 1.º Congresso Medico Paulista — 1917.
33 — Estudo clinico da neurasthenia — Conferencia realisada em S. Paulo, em 8 de Dezembro de 1917.
34 — Estados atypicos de degeneração — Brasil Medico, n. 11 — 1917.
35 — Manifestações iniciaes da demencia precoce — Livro jubilar do Professor Rocha Faria — 1917.
36 — Estudo clinico da confusão mental — Psychoses infecciosas e psychoses auto-toxicas — Annaes da Faculdade de Medicina — 1918.
37 — Psychoscopia — Gazeta Medica de S. Paulo — Dezembro de 1918.
38 — Enfraquecimento mental adquirido — Brasil Medico, ns. 2 e 3 — 1919.
39 — Opiomania — Revista de Medicina e Psychiatria — Abril de 1919.
40 — Sexualidade e demencia precoce — 1920.
41 — Delirio systematisado allucinatorio chronico — Brasil Medico, n. 7 — 1920.
42 — Paranoia — Brasil Medico, n. 17 — 1920.
43 — Psychose de involução — Brasil Medico, n. 50 — 1920.
44 — Demencia precoce — Jornal dos Clinicos, ns. 1, 2 e 3 — 1921.
45 — Manual de Psychiatria — 1.ª edição — 1921.
46 — Choréa — Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria — 1921.
47 — A proposito de um caso de paraphrenia — Archivos Brasileiros de Medicina — Outubro de 1921.
48 — Conceito clinico das paraphrenias — Brasil Medico, n. 41 — 1922.
49 — Meningo-encephalite gommosa basilar syphilitica — Brasil Medico, n. 10 — 1923.
50 — Do modo de pensar dos loucos — O Universitario — 14 de Junho de 1923.
51 — Estudo critico da therapeutica anti-syphilitica nos neurasthenicos — Brasil Medico, n. 25 — 1923.
52 — O estado mental na encephalite lethargica — Gazeta Clinica de S. Paulo — Agosto de 1923.
53 — Valor das Clinicas Psychiatricas na Assistencia aos Psychopathas — Brasil Medico, n. 19 — 1923.
54 — Uma questão de therapeutica — O Hospital — 16 de Abril de 1924.
55 — Uremia e alienação mental — Jornal do Brasil — 17 de Maio de 1924.
56 — Casos clinicos interessantes — O Hospital — Agosto de 1924.
57 — Idéas modernas no tratamento da neurasthenia — Boletim da Academia de Medicina, ns. 11 e 12 — 1924.
58 — Methodo moderno de tratamento da epilepsia — Brasil Medico, n. 17 — 1925.
59 — Tendencias modernas da psychiatria — Annaes da Faculdade de Medicina — 1925.

60 — Manual de Psychiatria — 2.ª edição — 1925.
61 — Charcot e seu methodo anatomo-clinico — Brasil Medico, n. 22 — 1925.
62 — Dyspepsia nervosa — Brasil Medico, n. 17 — 1925.
63 — Conceito moderno da demencia precoce — Diario de Medicina, 10 de Dezembro de 1925.
64 — Hygiene mental — Archivos Brasileiros de Hygiene Mental — Dezembro de 1925.
65 — Nervosismo nas doenças do utero e dos ovarios — Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia — Fevereiro de 1926.
66 — Delirio episodico dos degenerados — Brasil Medico, 8 de Maio de 1926.
67 — Relatorio da viagem á Europa em 1926 — Jornal do Brasil — 5 de Fevereiro de 1927.
68 — Perturbações mentaes no paludismo — Archivos Brasileiros de Medicina — Março de 1927.
69 — Hemi-choréa hysterica — Brasil Medico — 21 de Maio de 1927.
70 — Formas anomalas da encephalite lethargica — Brasil Medico — 24 de Setembro de 1927.
71 — Nervosismo intestinal — Brasil Medico — 19 de Novembro de 1927.
72 — A razão de ser do delirio episodico dos degenerados — Imprensa Medica — Março de 1928.
73 — Da influencia do regimen alimentar na genesis do nervosismo — Conferencia na Liga de Hygiene Mental — 2 de Maio de 1928.
74 — Valerianato de atropina na cura do delirio episodico — Archivos Brasileiros de Medicina — Julho de 1928.
75 — Classificação das doenças mentaes na America Latina — Thema official da 1.ª Conferencia Latino Americana de Buenos Ayres — 1928.
76 — Impressões da viagem á Argentina e Uruguay — Brasil Medico — 19 de Janeiro de 1929.
77 — Neurasthenias e pseudo-neurasthenias — Jornal do Commercio — 24 de Fevereiro de 1929.
78 — Um caso de psychose associada — Revista dos Clinicos — Junho de 1929.
79 — Tratamento da melancolia — Archivos Brasileiros de Medicina — Julho de 1929.
80 — Idéas modernas sobre hysteria — Archivos Brasileiros de Psychiatria e Neuriatria — Julho e Agosto de 1929.
81 — Conceito actual da demencia precoce — Archivos de Neuriatria e Psychiatria — Setembro e Outubro de 1929.
82 — Impressões do Congresso de Psychologia de New Haven — Archivos de Hygiene Mental — Dezembro de 1929.
83 — Medical psychology in Rio — Trabalho apresentado ao Congresso de Psychologia em New Haven, Estados Unidos — 5 de Setembro de 1929.
84 — Disturbios da cenesthesia nas doenças mentaes — Trabalho apresentado á 2.ª Conferencia Latino-Americana — Imprensa Medica — 5 de Agosto de 1930.
85 — Tratamento dos delirios systematisados allucinatorios — Relatorio apresentado á 2.ª Conferencia Medica Latino-Americana — L'Encéphale — Março de 1931.
86 — Pontos de vista curiosos da psychiatria moderna. Pathologia geral — Janeiro de 1931.
87 — Idéas modernas a respeito da epilepsia — Archivos Brasileiros de Medicina — Março de 1931.
88 — Tratamento da ansiedade — Brasil Medico — 9 de Maio de 1931.
89 — Tratamento da paralysia geral — Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina Legal, Argentina, Dezembro de 1931.

90 — Tratamento do alcoolismo — Brasil Medico — 5 de Março de 1932.
91 — Methodos especiaes de tratamento das doenças mentaes empregados na Clinica Psychiatria — Annaes da Assistencia a Psychopathas — 1932.
92 — Tratamento dos estados maniacos — Encéphale — Abril de 1932.
93 — Dyspepsia nervosa e seu tratamento — 1932.
94 — Modernas noções sobre doenças mentaes — 1933.
95 — Historia da Psychiatria Brasileira — Imprensa Medica — Março de 1933.
96 — Therapeutica moderna em doenças mentaes — Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina Legal — Argentina — Novembro de 1932.
97 — Tratamento da confusão mental — Revue Sud-Américaine de Médécine et Chirurgie — Fevereiro de 1933.
98 — Psycho-analyse — Revista da Universidade — 1933.
99 — Cancer e doenças mentaes — El Dia Medico — Junho de 1933.
100 — Tratamento da syphilis cerebral — Vida Medica — Junho de 1933.
101 — Tratamento da arterio-esclerose cerebral — Brasil Medico — 19 de Agosto de 1933.
102 — Modernos tratamentos da eschizophrenia — Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina Legal — Argentina — Setembro de 1933.
103 — Novidades em doenças mentaes — 1934.
104 — Tratamento das oligophrenias — Brasil Medico — 21 de Abril de 1934.
105 — Tratamento dos nervosos e psychopathas — 1934.
106 — Tratamento da psychose da involução — Archivos Brasileiros de Medicina — Março de 1934.
107 — Tratamento da epilepsia — Archivos de Neuriatria e Psychiatria — Julho de 1934.
108 — Influencia de visceropathias outras na genesis de doenças mentaes — Brasil Medico — 29 de Setembro de 1934.
109 — Psycho analyse — 1934.
110 — Significação clinica da capacidade mental nos delirios systematisados — 1934.
111 — Methodo pratico para facilitar a diagnose de uma doença mental — O Globo — 28 de Janeiro de 1935.
112 — Perturbações mentaes na tuberculose — Folha Médica — 25 de Março de 1935.
113 — Desequilibrio vago-sympathico nas doenças mentaes — Revista de Neurologia e Psychiatria de S. Paulo — Março de 1935.
114 — Educação e tratamento das crianças anormaes — Folha Medica — 5 de Agosto de 1935.
115 — Acidóse e doença mental — Mundo Clinico — Agosto de 1935.
116 — Uremia e alienação mental — Brasil Medico — 22 de Agosto de 1936.
117 — Delirio espirita episodico — Conferencia em Paris — 22 de Março de 1936.
118 — Pontos de vista curiosos da psychiatria moderna — Folha Medica — 25 de Agosto de 1936.
119 — Psychasthenia e nervosismo como modalidades da neurasthenia. — Conferencia em Paris — 2 de Abril de 1936.
120 — Methodos especiaes de tratamento das doenças mentaes — Conferencia em Paris — 23 de Março de 1936.
121 — Desequilibrio vago-sympathico nas doenças mentaes. Methodo especial de diagnostico differencial pela pesquiza do reflexo oculo cardiaco — Conferencia em Paris — 3 de Abril de 1936.

Prefacio da 1.ª edição

Das lições que professei em 1905, publiquei um volume, cuja edição já se exgotou completamente. Desta epocha em diante muito tem evoluido o estudo clinico das doenças mentaes e por este motivo me pareceu mais conveniente escrever um trabalho novo e mais completo, do que apenas redigir uma segunda edição do meu livro "Molestias Mentaes e Nervosas". De 1904 a 1907 e, posteriormente, de 1911 a 1920 estive sempre na regencia da cadeira de Clinica Psychiatrica, porque se achou sempre impedido como Deputado Federal, o Professor Cathedratico Dr. Teixeira Brandão.

Neste anno, tendo fallecido este eminente Professor, coube-me a regencia definitiva da cadeira, em que já estava leccionando como interino.

No lidar continuadamente com os alumnos, tive ensejo de constatar a grande difficuldade que se lhes deparava, no encontrar um livro claro e conciso, em que as idéas modernas se achassem compendiadas. Os conceitos de certos auctores eram contradictados formalmente por outros e a instabilidade das conclusões scientificas era ainda aggravada pela fórma complexa, por que eram debatidos os argumentos de psychologia.

Tudo isto concorria, para que se apregoasse a psychiatria uma sciencia de pouco alcance pratico, cujos cultores se deleitavam em controversias philosophicas.

No entanto, a pouco e pouco se vem firmando a psychologia em experimentos perfeitos de physiologia e os recursos de laboratorio têm esmerilhado a interpretação pathologica de diversas doenças mentaes.

Os estudos modernos têm permittido que se encare o alienado como um doente commum, em que se acha particularmente compromettido o orgão mais elevado da economia e em que se não póde contestar a synergia de funcções que a tudo preside.

A personalidade do doente é esmiuçada em todos os seus detalhaes e dos defeitos que nella se constatem, se vai antolhar a genesis em pequenos accidentes que a psychoscopia irá lobrigar. E' este methodo moderno de exame que permitte ir devassar nos refólhos da consciencia delle as idéas que o obsequem, as preoccupações de natureza sexual qua o dominem, chamando-as á tona e corrigindo-as pela psychotherapia.

As idéas hodiernas de psychiatria permittem que frequentemente se possa firmar em bases irrefragaveis a questão da etiopathogenia, da diagnóse e do prognostico.

Do progresso que ahi se vem constatando, deriva a maior segurança no tratamento. Este permitte que se acene commummente á familia do doente, com a possibilidade de uma cura perfeita. Para esta sempre concorrerá a psychoscopia, o processo valiosissimo que permittirá descobrir o que afflige o doente, a envidar esforços no sentido de que seja removido.

Em todo meu trabalho busquei constantemente ser muito claro e preciso. O empenho empregado para que a phrase sahisse escorreita e simples, buscou, porém, coincidir com a preoccupação de que se não sacrificasse a correcção do vernaculo.

Busquei ser sempre muito sincero, já expondo a minha opinião no intrincado de questões controvertidas, já individualisando as minhas idéas a proposito de certos problemas, já assignalados o que na vida clinica se me tem deparado, e já enunciando formulas, com que curas se me têm antolhado.

Tive idéas de entremear o livro com photographias de certos alienados, de sorte a tornar mais significativo o que ia descrevendo.

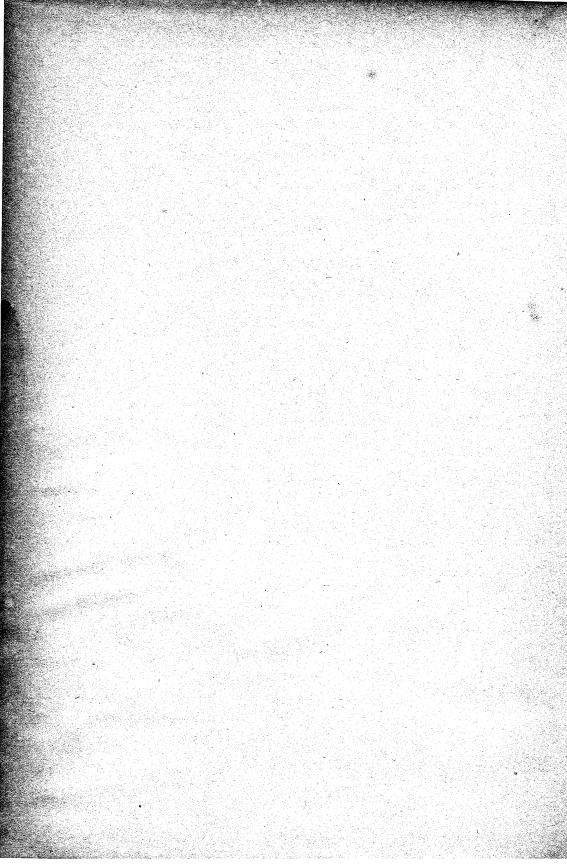
Não o fiz, porém, porque me arreceei de que se me acoimasse de andar violando o segredo profissional, mórmente quando os indigentes, de que me iria servir, m'o não permittiriam fazer.

Tive sempre em mente a preoccupação de synthetisar caracteres fundamentaes, pelos quaes, com segurança, a diagnóse se pudesse formular. Sempre foi o lado pratico

o preferido e, por este motivo, de uma vasta bibliographia muitas vezes cheia de controversões, só foi summariado aquillo que á vida profissional pudesse ser mais util.

Tenho a velleidade de acreditar haver despertado em meus alumnos, nas conferencias que fiz no Hospital de Misericordia, e nas aulas praticas que dei no Hospital de Alienados, o interesse pelos assumptos de psychiatria.

Motivo de tal foi o haverem reconhecido os futuros clinicos que, com clareza e consciencia, se lhes expunha a sciencia adubada com a observação clinica de vinte annos.

Praza a Deus, que a tudo preside, que da leitura deste livro, em que vasei tudo quanto da cathedra vim doutrinando, não derive o enfado pela especialidade que sempre tanto prezei.

Prefacio da 2.ª edição

Em prazo relativamente muito curto se exgotou a 1.ª edição deste Manual de Psychiatria e é isto prova de que preencheu elle o objectivo collimado que foi o de entregar aos alumnos da Faculdade de Medicina e a medicos e advogados que no assumpto se interessassem, um livro escripto com clareza, em que se encontrasse uma synthese das idéas modernas no estudo das doenças mentaes.

Sempre foi meu empenho despertar interesse pela especialidade que venho professando, e incutir no animo dos que me ouvem ou lêm, a convicção de que não é ella a miscellanea de idéas metaphysicas e controversas como ainda alguns a julgam, e, sim, um ramo da medicina, rigorosamente subordinado á anatomia e á physiologia, exercendo-se no orgão mais nobre da economia.

O estudo moderno da psychiatria tende cada vez mais a imbrical-a com os demais ramos da medicina e a fazer uma bôa psychoscopia, isto é, devassar o pensamento do doente, a bem interpretar os desvarios que nelle occorram.

Esta tendencia hodierna já se sente na 1.ª edição deste Manual, o que bem demonstra ser logica a orientação que elle visava.

Nesta 2.ª edição ampliei o estudo de diversas questões, summariando bons artigos que em jornaes medicos vi publicados, synthetisando novas idéas de livros que neste interim surgiram, e expondo os commentarios da minha observação clinica pessoal e da minha interpretação scientifica que sempre timbrei em que fossem francos e sinceros.

Capitulos ha que foram refundidos, e outros ampliados.

Surge, pois, este volume muito mais desenvolvido e se não logrei isemptal-o de senões que pela critica meticulosa serão apontados, é isto testemunho de que não bastou o maximo de bôa vontade e o lidar diuturno do assumpto.

Devo consignar a minha gratidão áquelles que tão bondosamente acolheram a minha 1.ª edição e a respeito della tão generosos conceitos emittiram. Delles me não olvidarei jamais.

Queira Deus que este livro continue a ter a mesma divulgação rapida e que o afan de bem o cuidar que nelle puz, seja tambem compensado por uma benevola acolhida.

Prefacio da 3.ª edição

A Psychiatria tem evoluido extraordinariamente nestes ultimos annos e por este motivo nesta 3.ª edição ha uma verdadeira remodelação do Manual de Psychiatria.

O programma que estabelecia para o ensino da minha Cathedra de Psychiatria, é actualmente muito mais extenso e completo, desenvolvendo as questões de semiologia, estudando cuidadosamente as constituições, as modalidades da eschizophrenia, as idéas modernas a respeito da psychose de involução, a malariotherapia, o delirio espirita episodico, as applicações clinicas da doutrina de Freud, o desequilibrio vago-sympathico nas doenças mentaes e o meio de as distinguir pela investigação do reflexo oculo-cardiaco, a therapeutica moderna das doenças mentaes.

A actual edição versa detidamente todos estes assumptos e permitte bem a quem a lêr, ficar inteiramente a par de toda a Psychiatria hodierna.

A epocha actual no estudo desta sciencia bem se póde denominar psycho-biopathologica. No investigar a razão de ser de uma doença mental deve se tomar em consideração o desvio do pensamento por uma idéa torturante ou obsessiva e a alteração organica que o possa ter condicionado. A constituição do doente, suas alterações de glandulas de secreção interna, processos toxi-infecciosos que o possam ter vulnerado — tudo isto tem de ser apurado para ser constituido um livro moderno; terá de ser uma synthese de tudo quanto ha de essencial e interessante no que diz respeito á pathogenia, á symptomatologia e ao tratamento da doença mental. As pesquizas de chimica biologica e as applicações da therapeutica pelo trabalho e pelas distracções devem merecer grande attenção.

O modo de tratar cada doença mental mereceu nesta edição um desenvolvimento muito mais accentuado, tendo eu sempre a preoccupação de buscar curar o alienado, o que deve ser evidentemente o verdadeiro objectivo pratico de um medico clinico.

As questões de Assistencia Medico Legal aos alienados foram nesta edição explanadas com maiores detalhes e expostas em synthese cuidadosa as applicações clinicas ao que estatue a nossa actual Legislação.

A cada passo haverá a constatação de ter tido sempre o desejo de permittir a quem ler o meu livro, um conhecimento seguro da Psychiatria e uma bôa orientação nos problemas que possam ser suscitados pela observação dos alienados.

Campagne diz muito bem que o melhor livro é o que mais convem á nossa profissão. Julio Diniz frizou que mais se aprende na leitura meditada de um só livro, do que no folhear levianamente milhares de volumes.

Olavarria assignala que em todos os tempos e lugares o melhor livro será aquelle que ensina mais e num menor numero de paginas.

Balmes accentua que quem lê, deve cuidar de duas cousas: seleccionar os livros e lêl-os bem.

E'de Pasteur a phrase: enquanto na terra existir o homem, e no homem o pensamento, e no pensamento a idéa do infinito, não ha que receiar sobre a sorte da idéa de Deus.

Bacon é de opinião que pouca sciencia affasta-nos muitas vezes de Deus e muita sciencia approxima-nos sempre d'Elle.

Permitta Deus que a tudo superintende que este livro, em sua terceira edição, desperte o mesmo interesse e obtenha a mesma bondosa acolhida que nas anteriores conseguiu têr.

CONSIDERAÇÕES GERAES SOBRE AS DOENÇAS MENTAES

Chama-se psychiatria a sciencia que estuda as doenças mentaes.

Póde-se definir doença mental a doença do entendimento. Esta definição é mais synthetica e mais clara do que a que Grasset fundamenta, rubricando-a como a que compromette o psychismo superior. No rigor etymologico da palavra, psychiatria significa sciencia das doenças da funcção psychica.

No psychico se abrange o consciente e o inconsciente.

E' um termo vasto, cabendo o titulo mental ao dominio mais circumscripto do psychismo superior.

Grasset insiste nas subtilezas desta differenciação.

Deprehende-se do que elle escreve, que a questão do psychismo superior era a que essencialmente nos deveria interessar. No entanto, a questão do inconsciente é de summa importancia e doutrina ha, em que ella vai influenciar consideravelmente na interpretação dos phenomenos. E' a doutrina de Freud.

Por isso, a expressão entendimento abrange melhor os phenomenos que nos interessam. E' mais vasta e deixa perceber que quer o acto seja consciente, quer sub-consciente ou inconsciente, de sua analyse não podemos prescindir.

No estudo da psychiatria não se deve tomar em consideração a questão de alma. Della não ha a menor necessidade no esclarecimento das questões e sua intromissão na sciencia só serviu, para que alguns pensem ainda que a

psychiatria é uma sciencia, em que se estudam factos mysteriosos, em que a metaphysica campeie abertamente.

No entanto, não se poderá considerar verdadeiramente scientifico sinão aquelle phenomeno que se contiver rigorosamente nos dominios da anatomia e da physiologia. Tudo quanto não coincidir com os ensinamentos destas duas sciencias basicas da medicina, não servirá á explicação de um acto qualquer. E' preciso que nos não esqueçamos disto e que a cada passo busquemos adaptar o que observarmos, ao que ellas ensinam.

O estudo rigorosamente scientifico da psychiatria é, relativamente, recente.

Data de pouco mais de um seculo. Anteriormente, os phenomenos clinicos, si chegavam a ser observados com uma certa clareza, eram deturpados pela interpretação que sempre se resentia das idéas extravagantes da época.

O doente agitado foi o que primeiro despertou a attenção.

O facto de viver elle a saltar e gritar, fez com que se pensasse ser um possuido do espirito maligno que se introduzia no corpo e o obrigava a taes artimanhas. Houve, nos primordios da humanidade, a preoccupação de recorrer ás divindades para que tal effeito maligno cessasse. Assim ha na Bibliotheca de Paris um documento que comprova que uma princeza asiatica dominada pelo espirito maligno ficou curada pela influencia da divindade Khons.

Templos havia, dedicados a Saturno, em que se incensavam os alienados, a depural-os do espirito do mal.

Muitas vezes isto era tido como um castigo dos deuses e era preciso haver muitas purificações e praticas religiosas, para que a colera divina amainasse. Assim succedeu no caso das filhas de Prétus, rei de Argos, nas quaes Juno, encolerisada, fez com que ficassem ellas como leprosas e gritassem como si fossem vaccas.

Curioso é que já nesta épocha surgia o primeiro tratamento medico de doença mental por meio do helleboro negro (*Veratrum nigrum*), de que ainda hoje se póde administrar o extracto fluido na dóse maxima de uma gramma, e em cuja escolha havia então individuos peritos, como o pastor Melampo.

Da mesma fórma, os hebrêos diziam que Nabuchodonosor, rei da Babylonia, se transformára em animal por um castigo divino. Aquillo que se explica hoje como um disturbio da cenesthesia, uma modificação da personalidade, era interpretado como uma influencia da divindade

irritada. Igualmente, Saul teve o que hoje se chama um accesso de mania, e pensou-se que tal accorrêra, porque Jehovah lhe abandonára o corpo e o entregára ao espirito do mal. Só elle se acalmava quando David lhe tocava a harpa, e ahi já havia uma demonstração dos effeitos beneficos da musica na sedação de doentes mentaes. Isto vem demonstrando como as idéas modernas beberam suas fontes, muitas vezes, no empyrismo antigo e como o que se affigura como um dos requintes da therapeutica humanitaria moderna, nada mais é que uma pratica bondosa antiga.

Os Asclepiades que se intitulavam descendentes de Esculapio e donos exclusivos dos segredos da cura dos loucos, formaram um grupo de sacerdotes, a que pertencia Hippocrates. Era natural, pois, que o pai da medicina se interessasse pelo estudo da alienação mental. Elle creou quatro grupos: mania, melancolia, mal sacro e phrenite.

A mania era um delirio agitado, a melancolia, triste, o mal sacro correspondia á actual epilepsia e a phrenite, a um estado de confusão mental, febril. Já havia então um esboço de interpretação scéntifica da loucura. Acreditava-se que houvesse uma mistura do sangue, ou com a bile, ou com a pituita, sendo que na primeira hypothese havia excitação, e na segunda, depressão. Isto é muito curioso, sabendo-se que Hippocrates nasceu 460 annos antes da éra christã.

Aconselhava elle o uso de helleboro branco (*Veratrum album*), de que se póde usar o extracto fluido na dóse maxima de 10 centigrammas.

Os medicos do periodo de Alexandre e do inicio do greco-romano não additaram conhecimento algum novo ao que preceituava o Pai da Medicina.

Mais tarde, Asclepiades distinguiu as allucinações das illusões, sendo que n'aquellas se vê uma cousa que não existe, ao passo que n'esta se vê transformado o que de facto existe. Esta explicação, relativa á vista, applica-se a qualquer outro sentido.

Celso creou os delirios geraes e parciaes, tendo tido o defeito de aconselhar os castigos para curar os loucos.

Depois de uma phase, em que elles mereciam attenções e cuidados, iniciou-se um periodo de máo trato, pois se acreditava que martyrisando o corpo do alienado, havia implicitamente a tortura do espirito maligno que se lhe engastara no corpo. Eram os jejuns, os exorcismos, com

que se flagellava o doente, buscando-se fazel-o no ente máo que o dominava.

Aretêo da Cappadocia (80 annos depois de Christo) desenvolveu o estudo clinico da melancolia, mania e epilepsia, fazendo considerações que ainda hoje têm razão de ser. Cælius Aurelianus (180 annos da éra christã) modificou a theoria humoral de Hippocrates e foi o primeiro que tomou em consideração as causas psychicas na genesis da loucura. Revoltava-se elle contra o tratamento brutal feito nos doentes e preconisava recursos mais brando. Durante toda a idade média os loucos muito soffreram. Havia a idéa do demonio e quando um individuo adoecia e se agitava, dizia-se que era o diabo que lhe entrára no corpo. Dava-se-lhe muita pancada e se elle não ficava bom, ia, ás vezes, pagar na fogueira a ignorancia da epocha. Muitos morreram queimados e as hystericas de então forneceram o maior contigente de victimas de idéas erradas de uma epocha. Havia casos de loucura collectiva de natureza hystetrica e junctas succumbiam as doentes nas fogueiras.

O periodo da inquisição utilisou-se muito dos alienados para armar a effeito e documentar a sua idéa de demonio. Tiveram elles nessa epocha os seus dias mais negros.

Paulo Zacchias (1589-1659) levantou o nivel do estudo da alienação mental e formulou as primeiras regras de medicina legal a ella concernentes.

Willis (1622-1675) foi o pregoeiro da psychose periodica, dizendo que a mania e a melancolia podiam apresentar-se em seguimento uma á outra.

No seculo XVIII, o alienado já é encarado bem como um doente e o tratamento medico já merece acolhida.

Vieussens fixou a séde no cerebro de nevroses e Morgagni desenvolveu o estudo da anatomia pathologica. Em 1793, Chiaruggi estabelecia que a loucura dependia sempre de uma lesão ou perturbação funccional do cerebro e o accôrdo se firmava no tocante a este ponto. Esta idéa que é hoje perfeitamente assente e racional, não preponderou nos tempos antigos. Os philosophos da velha Grecia achavam que a intelligencia devia ter como séde um orgão de grande actividade, e hesitavam entre o coração, o sangue, os pulmões, o figado e o baço. O cerebro, pensavam elles, só servia para a secreção da pituita nasal, seria o orgão do defluxo.

Mais tarde, Aristoteles dava um certo papel secundario ao cerebro que refrigerava o sangue e moderava os impetos do coração, em que se localisava a intelligencia.

Outros generalisavam e diziam que [illegible] ler que houvesse vida, ahi haveria intelligencia [illegible] rina [illegible] panpsychismo que tudo generalisava. A [illegible] re [illegible] só muito tardiamente surgio e quando se [illegible] enso [illegible] cir-cumscrever a séde do pensamento, ainda h [illegible] ação entre a glandula pineal (Descartes), corpo ca [illegible] (Willis), nucleos caudatos (Vieussens), bulbo (Rolan[illegible]), liquido cephalo-rachidiano (Soemmering), e o ponto geometrico de Kant.

Só em 1840, Purkinge descobrio as cellulas nervosas. Gall criou uma série de centros cerebraes e do exagero de suas localisações derivaram os estudos que permittiram consagrar as que existem.

Flourens, em 1842, demonstrou que fazendo a ablação de partes do cerebro de certos animaes, estes soffriam uma diminuição sensivel de intelligencia e suas conclusões re-ceberam uma confirmação plena do que as observações anatomo e physio-pathologicas vieram estabelecer.

Ulteriormente, os auctores esmerilharam o problema e Max e Broca estabeleciam no pé da terceira circumvo-lução frontal esquerda a séde da palavra, Fritsch e Hitzig collocavam na zona parietal, os centros de movimento e Hitzig na zona occipital os centros visuaes.

Era uma verdadeira confirmação, embora attenuada, da creação admiravel de Gall.

Finalmente, em 1892 e 1894, Ferrier e Bianchi firma-vam que no lóbo prefrontal se assestava a séde predo-minante das funcções psychicas e, em experiencias em macacos, viram que elles perdiam a capacidade de attenção, que ficavam diminuidos psychicamente.

Os casos foram surgindo e as asserções clinicas se foram firmando.

Nunca se encontrou uma séde para a alma, nem della se carecia, para explicar qualquer phenomeno. Da expe-rimentação em animaes, das constatações *post-mortem*, da observação de disturbios nervosos de causa central, foram derivando pouco a pouco os ensinamentos que localisam de modo incontestavel a séde do pensamento no cerebro e, mais particularmente, no lóbo prefrontal.

A evolução scientifica da psychiatria acarretou muito naturalmente cuidados mais intelligentes na cura dos loucos. Si elles padeciam os effeitos de uma lesão ou de

um disturbio funccional cerebral, deveriam ser tratados como quaesquer outros doentes e seria sempre iniquo brutalisal-os ou encarceral-os em jaulas como se fossem féras.

A idéa humanitaria pouco a pouco vinha vingando e Phelippe Pinel foi o pioneiro da bôa doutrina. Em 1793, auxiliado pelo guarda Pussin, quebrou as grilhetas que algemavam os infelizes loucos de Bicêtre e da Salpetrière.

Na mesma epocha, William Tuke, na cidade de York, collocava em sua Casa de Saúde os mesmos methodos de Pinel.

As idéas humanitarias foram evoluindo vagarosamente e ainda em 1818, Esquirol protestava contra o máu tratamento que via ser dispensado ao alienado.

Ao mesmo tempo que os cuidados dos loucos mereciam maior attenção, o estudo de suas fórmas clinicas ia se desenvolvendo.

Pinel admittia, além da mania e melancolia, a demencia e a idiotia.

Esquirol desenvolveu os delirios parciaes que fundamentaram a concepção das monomanias.

Cada individuo que tinha um delirio de perseguição, erotico, religioso, etc., apresentava, dizia elle, uma monomania persecutoria, erotica, religiosa, etc.

O termo monomania não correspondia absolutamente ao que em todos os tempos se chamou mania, e isto basta para que se evidencie a confusão que de tal derivava.

A designação hoje se não adopta, mas a influencia do auctor foi de tal ordem, que ainda, aqui e ali, surge, de vez em quando, a relembrar a confusão.

Em 1822, Bayle desenvolvia o estudo da paralysia geral e Morel, em 1860, criava o grupo dos degenerados e esmerilhava a influencia da herança nervosa.

Lasègue, nessa mesma epocha, descrevia o delirio dos perseguidos — perseguidores e Baillarger, a loucura de dupla fórma.

Os trabalhos se succediam e a psychiatria ia tendo mais desenvolvimento. Trélat descreveu a loucura lucida, Felix Voisin explanou longamente o estudo da idiotia, Falret Pai fundamentou a existencia da loucura moral e assim, pouco a pouco, o quadro das doenças mentaes foi se tornando mais complexo e mais completo.

A observação dos doentes fez com que se visse que alienado é, unicamente, aquelle que fica fóra de si de

modo permanente e duradouro, chamando-se alienação mental o estado, em que então se encontra. Quem fica fora de si, num acesso de colera, não é um alienado. E' preciso que em psychiatria, como em qualquer sciencia, haja precisão de termos, e muito de lamentar é que ainda hoje, de quando em vez, se veja em jurisprudencia chamar demente a qualquer alienado.

A demencia é uma forma clinica que tem predicados particulares e não é, de fórma alguma, um synonymo de alienação mental.

A psychiatria tem evoluido consideravelmente e se torna cada vez mais uma sciencia precisa.

Muito longe vai o tempo, em que se appellava para a alma ou os espiritos, para que se pensasse na interpretação dos phenomenos psychicos. Hoje em dia os dados da anatomia e physiologia pathologica têm esclarecido muitos problemas.

O alienado é modernamente tratado como um doente commum. Os hospicios perderam as grades de ferro, a camisóla de força que prendia os loucos, figura apenas como documentação historica, e o repouso no leito demorado permittiu que recebessem maior carinho e cuidados.

Si o doente estiver muito agitado, dê-se-lhe um banho morno prolongado, faça-se uma injecção calmante, mas nunca se empregue a brutalidade para o conter.

Os recursos de laboratorio vieram esclarecer decisivamente certos factos clinicos e hoje os methodos biochimicos permittem que muito precocemente, e com segurança, certos diagnosticos sejam formulados.

Lidando pacientemente com os alienados, tratando-os com meiguice e delicadeza, conversando demoradamente com elles, vai-se entrando no seu fôro intimo e desta rebusca intelligente surgiu a psycho-analyse, a doutrina moderna que tão valiosos ensinamentos tem trazido á elucidação de certos phenomenos.

A psychiatria prosegue, pois, numa senda de constante aperfeiçoamento.

O seu estudo deve, cada vez mais, despertar interesse.

A segurança do criterio anatomo-clinico, a firmeza do prognostico e o desenvolvimento dos recursos therapeuticos são elementos que, dia a dia, lhe conferem maior prepoderancia.

Em qualquer doença cada vez se sente mais a influencia do factor psychico.

Quem se sentir doente e, confiante no medico, tiver a certeza de que vá ficar bom, meio caminho terá andado para sua completa cura. E' preciso que o medico se não esqueça de fazer um pouco de psychotherapia, á cabeceira de qualquer doente.

E' preciso levantar-lhe o moral, convencel-o de que vai ficar bom, e, a par da medicação adequada, se não olvidar de sempre acenar com uma perspectiva de uma proxima aurora de perfeita sanidade. Si em qualquer ramo da medicina, o moral inflúe sobre o physico, comprehende-se que muito mais razoavelmente tal occorrerá em psychiatria.

Em medicina, é preciso sempre philosophar um pouco sobre o que se observa. Quando se penetra no fôro intimo dos doentes e se esmerilham seus symptomas, sente-se a superioridade da medicina e, dentre os seus ramos, a psychiatria.

O psychiatra deve ser bom medico, pois é intima a relação do systema nervoso com o restante da economia. Quem não conhecer bem a medicina geral não póde tratar completamente o alienado.

E ainda é preciso mais: deve assemelhar-se um tanto ao sacerdote. Relicario dos segredos de outrem, discreto e paciente, buscará sempre fazer de sua sciencia uma religião que labute por ennobrecer e reverenciar.

ACTOS PSYCHICOS

Toda sciencia tem sua technologia propria e a psychiatria se utilisa de muitos termos, cuja significação é mistér, deve ficar bem esclarecida.

Assim, a cada passo, vê-se a referencia á percepção, consciencia, raciocinio, allucinação, illusão, etc., e é preciso que se comprehenda bem o que isto significa, para que se entenda perfeitamente o que se fôr expondo.

Na explicação, é indispensavel que se não recorra á metaphysica e só se antolhará verdadeiramente scientifico o commentario que se apoiar nos dictames precisos da anatomia e physiologia do systema nervoso.

No capitulo anterior já se definiu a *alienação mental* como o estado em que o individuo fica fóra de si de modo mais ou menos permanente e duradouro.

Na alienação mental ha loucura e delirio.

Dá-se *a loucura* quando ha uma modificação profunda da personalidade.

Dá-se *o delirio* quando ha um desvio da razão.

A loucura interessa á cenesthesia do individuo, é mais grave e duradoura.

O delirio é mais fugaz e interessa particularmente o modo de pensar do doente.

A vida cerebral, mais complexa e evoluida que seja, nada mais representa que o desenvolvimento de um acto reflexo. Nos seres unicellulares como as amebas, as monéras, ha a excitação e a reacção consequente, como o testemunho de um reflexo rudimentar.

Quer se considere a vida a se esboçar nas plastidulas de Haeckel, ou nas gemmulas de Haacke, ou na molecula physiologica de Spencer, quer se tome em consideração o

homem como um typo de maxima evolução e differenciação, sempre se ha de constatar a influencia do meio sobre o ser vivo e a reação a qualquer excitação.

No homem ha, porém, o desenvolvimento de um systema nervoso, em que se constitúem estas funcções, e o reflexo adquire uma via mais longa e complexa, constituindo-se desta fórma o reflexo psychico.

Os *actos psychicos* resultam destes reflexos mais complexos e *sentir, pensar* e *querer* representam sua synthese.

Para que se comprehendam bem os phenomenos, estabeleçamos um exemplo que nos permittirá ter uma noção nitida do valor de certos termos.

Supponhamos que entremos numa sala de aulas, em que os alumnos se alinhem nos bancos do amphitheatro e em cuja parede muito alva se destaque um relogio. Este objecto póde ser escolhido a tornar mais clara a explicação.

Olhando para a parede, temos a sensação visual de que ha ali alguma cousa differente della.

Temos assim a *percepção* de um objecto.

Para que haja a percepção, é preciso que haja antes a impressão e a sensação. No caso vertente, a *impressão* é constituida pela excitação que recebe a vista pelo objecto que se lhe apresenta. Esta excitação visual vai agir sobre a retina. Esta tem varias camadas, mas a dos bastonnetes e dos cônes ou membrana de Jacob é a que mais importa ao mechanismo da visão.

Da retina, a impressão segue pelas fibras do nervo optico até o chiasma, e deste pelas bandelettas opticas, até o corpo geniculado externo, tuberculo quadrigemeo anterior e pulvinar de cama optica.

O tuberculo quadrigemeo anterior tem mais particularmente o papel de reflectir as excitações que recebe, para o lado dos musculos peri-oculares ou intra-oculares.

E' um centro para os reflexos inferiores.

A cama optica é um centro para os reflexos de ordem instinctiva, inflúe na mimica emotiva e sua lesão impede que se traduza nitidamente no rosto qualquer emoção. Reflecte-se por meio de movimentos dos olhos e da face que dão a mascara emotiva.

O corpo geniculado externo representa papel mais importante, pois é o unico que vehicula a excitação até o

cerebro, no lóbo occipital. Pelas irradiações opticas ou de Gratiolet vai a excitação visual, beirando a face interna do ventriculo occipital, actuar sobre a face interna do lóbo occipital, nas bórdas da scissura calcaria.

Ahi se encontra o centro da visão distincta e neste ponto se constata a *sensação* de que da peripheria partiu uma impressão visual. Para que possa haver a sensação, é mistér que a impressão tenha uma certa intensidade. Quando a sensação é perfeita, ha o que se chama *apresentação.*

Depois de se ter apresentado o objecto, ha o que se denomina *percepção*, isto é, no exemplo citado, o individuo nota que na parede ha alguma cousa differente della. O observador percebe que no objecto que enxerga, ha um circulo, ponteiros, numeros, etc., de que se distinguem relevo, côres, etc. Procura comparar o que vê, com o que já alguma vez tenha visto, e verifica que já encontrou uma vez um objecto semelhante que se chamava relogio. Tinha a mesma fórma, a mesma côr, os mesmos ponteiros, os mesmos numeros, etc. Reconhece-se desta fórma o objecto, dá-se o que se chama *apercepção.*

Para que isto se dê, é preciso que o individuo convirja seus esforços no sentido do reconhecimento do relogio, que o globo ocular se oriente bem, para que veja. Ha o que se intitula *attenção* que é a faculdade interna que permitte, se dê a apercepção.

O relogio poude ser identificado, porque a sensação que houve quando pela primeira vez foi elle visto, ficou guardada no cerebro, havendo, portanto, a *memoria de conservação.*

Os signaes caracteristicos puderam ser evocados e reproduzidos, porque houve a memoria de *representação.*

Quando se reconhece o relogio e dá-se a sua identificação, o individuo lembra-se do que é igual a elle, do que se parece apenas com elle e do que delle differe. Adquire o que tem o nome de *imagem*. E' a estereotypação do facto psychico.

Demonstra a fixação no cerebro de uma dada sensação.

Quando o individuo, lembrando-se das qualidades do relogio, não as evoca unicamente, mas lhes juncta outros predicados que não tem, concebe uma cousa um pouco differente e tem o que se denomina *imagem constructora* ou *phantasia.*

A *idéa* resulta de uma associação de imagens, que se combinam segundo as suas relações de succesão, contiguidade, semelhança ou differença.

As idéas se agrupam e formam o *raciocinio.*

Ha idéas que despertam outras, assim como ha o afastamento das que se não ligam bem.

Qualquer sensação é sempre acompanhada por um tom affectivo que representa a base da *emotividade.* Como as idéas dependem das sensações, comprehende-se que nellas haja sempre a tonalidade emotiva que as faz preferidas ou desprezadas. O individuo guarda melhor o que mais o impressiona, o que mais o interessa, o que mais intensa ou duradouramente o excitou.

Seria preferivel evocar unicamente imagens agradaveis, de cousas que deram prazer, mas si um facto doloroso ou desagradavel, em geral, agiu fortemente, a emoção que elle provocou, impede que facilmente possa deixar elle de ser lembrado.

O nosso raciocinio é constituido pelas idéas que temos, e elle será alegre, triste ou indifferente, conforme o tom emotivo, em que se baseie. Seria mais agradavel para cada um pensar unicamente em cousas que deram prazer, mas si o passado foi um relicario de dôres, a cada passo occorrem ellas a ennegrecer o raciocinio.

Sempre se incorpora mais prazeirosamente o que trouxe alegria, mas o aguilhão cruciante da dôr não permitte que ella fique despercebida.

Quando se evoca qualquer objecto, tem-se logo a lembrança do seu predicado affectivo e ha o que se chama *sentimento.*

O sentimento provoca o *desejo* que é a tendencia para approximar o que fôr agradavel, e refugar o que o não fôr.

No exemplo do relogio, quando se fez uma idéa delle, pela comparação das imagens actual e passada, raciocina-se sobre a sua utilidade, os serviços que elle nos possa prestar, e si ha a obrigação de exgottar um assumpto muito vasto nas aperturas de uma hora, de quando em vez o nosso olhar se orienta no sentido daquelle objecto, cujos ponteiros estão a consignar um prazo exiguo para de tudo tratar.

Si o thema couber bem na hora, o relogio dará prazer pois se vê que tudo acabará bem; si tal não succeder, haverá desagrado quando se vir que os ponteiros parecem correr, a marcar inexoravelmente o final de uma aula.

Este exemplo que apresentei e que representa o effeito de uma impressão visual que tenho recebido, serve para que se possa comprehender a significação de um certo numero de termos, de que a cada passo a psychiatria se utilisa.

Quando o raciocinio se desenvolve, tem-se o que se denomina *pensamento*.

Morselli define *consciencia* a noção do acto psychico que o acompanha e a elle se segue, mas o não precede, nem produz. O Professor Teixeira Brandão definia como a noção intima do facto psychico.

Depois que se tem qualquer sensação e della ha conhecimento, constitúe-se um estado de consciencia.

Os estados de consciencia se seguem uns aos outros, de accôrdo com as impressões que o individuo vá recebendo.

Para que uma pessoa tenha consciencia de uma cousa, é preciso que a tenha sentido e percebido.

Si o individuo vai variando nos seus estados de consciencia, consoante o que sinta e perceba, deveria deduzir-se que cada qual sempre seria bem differente do que fôra na vespera. Si tal não occorre, é que ha o *caracter*, qualidade individual que estabelece uma certa uniformidade de conducta que faz com que se possa ter a certeza de que uma pessoa que procede de uma fórma hoje, assim procederá amanhã, e assim procedeu hontem.

Nisto inflúe muito a educação que faz com que se adquiram conhecimentos que ficam argamassados e são evocados a cada passo. O individuo procede bem, porque os progenitores assim o fizeram e lhe incutiram a noção de honra e cumprimento do dever.

Ha uma especie de memoria organica que o orienta neste ou naquelle sentido. Qualquer pessoa é sempre escrava do passado e uma victima do meio. Este inflúe poderosamente, mas a adaptação é mais ou menos facil, consoante o caracter de cada qual.

A *personalidade* é constituida pela synthese das sensações que se dêm no individuo. Vai se constituindo pouco a pouco.

A criança, nos primeiros mezes de sua vida, ainda não tem personalidade.

Recebe as impressões do meio, começa a analysal-as, adquire um certo numero de conhecimentos e só mais tarde verifica que ella é alguma cousa differente no meio

que a circunda, adquire a noção de sua individualidade, do seu proprio eu.

A principio, não diz eu, refere-se a si mesma pelo appellido que tenha em casa. Com a idade de tres a quatro annos, pouco mais ou menos, começa a dizer eu e a sentir que é alguma cousa que se destaca do meio, que tem uma individualidade propria. Verificando que as impressões vêm d'aqui e d' ali, associando as diversas sensações e destacando-as do proprio eu, fórma-se a *personalidade.*

Quando o individuo não consegue fundir as suas sensações connexas num feixe unico, formam-se duas syntheses e tem-se o que se chama desdobramento da personalidade.

E' o que se dá em quem tenha uma anesthesia sensitivo-sensorial em uma metade do corpo. Estando esta metade insensivel, pensa, ás vezes, o doente que tenha um cadaver agarrado a si mesmo, pois do lado são sente elle bem que exista, ao passo que do lado doente a insensibilidade faz com pense haja ahi alguma cousa morta.

Si houver apenas uma hypoesthesia limitada, haverá uma alteração ligeira da personalidade.

Depois de se terem produzido a impressão, a sensação, a percepção, a apercepção, a imagem, a idéa, o pensamento, ha a reacção que é dirigida pela vontade.

A *vontade* é a parte do acto psychico que representa a tendencia individual a acceitar ou repellir uma impressão sensorial.

Representa a parte motora do reflexo psychico e consiste não só em agir, como em deixar de agir. E' igualmente por meio della que se dósa a reacção que póde ser maior ou menor.

No caso concreto do relogio, a vontade faz com que se fixe ou desvie o olhar, com que eu apresse a lição ou mais detidamente me occupe de certos assumptos.

No caso normal, o reflexo psychico dá-se sem tropeços, sem embaraços. A doença faz, porém, com que aqui ou ali, em uma das varias phases do reflexo psychico, haja alterações e póde haver um soffrimento da memoria, da ideação, da apercepção, da vontade, etc.

Assim se constitúem *as doenças mentaes,* em que sempre é interessada uma parte do reflexo psychico.

Para que o raciocinio se fórme de modo completo, é preciso que estejam integras as fibras nervosas de associação que, no caso particular, ligam o lóbo occipital ao lóbo pre-frontal, séde da intelligencia.

As vias motoras do reflexo visual fazem com que o olhar se oriente no sentido de melhor vêr o objecto, as pupillas se estreitem ou se dilatem para que a adaptação visual melhor se dê, etc.

Reflectem-se para a peripheria, seguindo os nervos motores do globo ocular.

A reflexão póde partir do corpo geniculado externo, tuberculo quadrigemeo anterior, cama optica, lóbo occipital ou lóbo prefrontal.

Quer isto dizer que ella póde reflectir-se mais em baixo ou mais em cima. Para que a sensação seja percebida em todos os seus detalhes e se raciocine sobre ella, é preciso que do lóbo occipital seja ella levada pelas vias de associação até o lóbo prefrontal. D'ahi descem as fibras que vão passar pelo centro oval, insula de Reil, capsula interna, pedunculo, protuberancia e bulho, excitando os nucleos do motor ocular commum, motor ocular externo, pathetico, nervos motores do globo ocular, bem como fibras do sympathico que têm tambem influencia na visão. As fibras motoras da reflexão da visão são multiplas, mas se comportam dentro desta synthese que assignalei.

Analysando o significado de outros termos psychiatricos, ha a estudar o que se chama allucinação e illusão.

Allucinação é a projecção externa de uma imagem interna. Dá-se quando parece vir do exterior uma imagem que só existe no proprio cerebro do individuo. Supponhamos que exista uma irritação de qualquer natureza do lóbo temporo-esphenoidal.

Como o apuro das nossas sensações cerebraes não vai a ponto de localisarmos bem exactamente a sua séde circunscripta e a irritação do lóbo temporo-esphenoidal implica a do centro da audição, escuta o individuo palavras que derivam do seu proprio cerebro e que ninguem no momento está a proferir.

Na allucinação, o individuo tem a convicção absoluta de que é real o que elle escuta, vê ou sente. No caso da allucinação auditiva, por exemplo, elle escuta tão bem como qualquer de nós, sómente a palavra é criada pelo proprio cerebro e da peripheria não vem.

E' muito difficil convencer a quem tem uma allucinação, de que isto não existe, de que é producto do proprio cerebro, pois é ella sentida tão nitidamente como si fosse uma cousa real.

Ha certos individuos, em que ha a noção de que o que escutam, não é real, em que ha a allucinação consciente, em que ha separação do joio do trigo, destacando o que é real do que é imaginario. Si a excitação sensorial durar muito tempo, já será possivel ao individuo fazer a differenciação e convencer-se-ha de que tudo é verdadeiro.

Ha quatro theorias principaes que explicam as allucinações: a psychica ou de Lelut, a peripherica ou de Foville e Luys, a psycho-sensorial ou de Baillarger e a physiologica ou de Tamburini.

Pela primeira theoria, ha uma idéa muito viva, muito sensivel, provocada por um abalo physico ou moral, a qual se torna tão intensa que transborda do cerebro e parece vir de fóra.

Pela theoria peripherica, explica-se a allucinação como um effeito da excitação dos orgãos dos sentidos, nervos ou ganglios cerebraes. Foville e Ritti davam uma importancia enorme ás camas opticas.

Na theoria psycho-sensorial, é ella interpretada como o effeito do exercicio involuntario da memoria e da imaginação, da suppressão das impressões do mundo exterior e do augmento da excitação do sensorium.

Na theoria physiologica, ha uma excitação intensa dos centros sensoriaes corticaes. E' ella tão forte que parece vir de fóra o que no proprio centro se fórma.

O centro sensorial irritado é o que normalmente recebe a impressão do mundo exterior, e que funcciona no momento como si esta estivesse presente. Esta theoria é a que parece mais racional.

As allucinações podem ser da vista, do ouvido, do tacto, do gosto ou do olfacto, conforme o centro sensorial excitado.

Ha ainda as allucinações da cenesthesia, as psychomotoras, sendo que no primeiro caso ha um disturbio da sensibilidade interna e parece ao doente que o estomago foi arrancado, que o intestino foi substituido, que elle não é o mesmo que era antes, e no segundo caso, sente o doente que o pensamento lhe escôa á flôr dos labios, que a lingua se move, porque falam dentro do proprio cerebro.

As allucinações da esphera genital fazem com que uma doente pense que exerceram com ella relações sexuaes quando tal não succedeu.

As allucinações do sentido muscular fazem com que o individuo pense que está muito leve, que póde voar.

A *illusão* é sempre o effeito de uma excitação externa que é recebida alterada, modificada.

O individuo vê qualquer cousa que realmente existe, e em vez de a vêr tal e qual, com todos os seus caracteres, vê com outro aspecto, com outro feitio.

E' o caso de quem olha para uma porta em que está um homem, e em vez de o vêr, enxerga um phantasma, um bicho, etc.

Na allucinação não ha cousa alguma e vê-se um phantasma: na illusão ha alguma cousa que se vê differente, transformada.

A illusão apparece tanto mais frequentemente quanto mais preoccupado está o individuo. Dominado por uma idéa qualquer, não percebe bem todos os predicados do que vê, e defórma, transforma o objecto de accôrdo com sua idéa predominante. Quem vive impressionado com espiritos, não terá difficuldades de os enxergar em qualquer homem que encontre.

Quem vive obcecado com a idéa de que tenha um aneurisma, interpreta facilmente como prova de tal, os batimentos epigastricos transmittidos por um estomago dilatado.

As illusões podem ser sensoriaes e internas ou ganglionares.

As primeiras estão em relação com os orgãos dos sentidos, sendo mais communs as da vista e do ouvido.

As ultimas, isto é, internas ou ganglionares são frequentes e interessantes e compromettem a cenesthesia, a vida visceral.

E' o caso da doente, citada por Leuret, que tinha peritonite e interpretava as dôres de barriga como o effeito da briga de uma chusma de bispos que mantinham um concilio no ventre della.

A *delusão,* a que se referem a miudo auctores inglezes, é um phenomeno mais complexo, differente da allucinação e illusão.

E' um engano, em que ha um esboço de delirio.

E' uma concepção erronea, delirante.

Dá-se uma *obsessão* quando o individuo tem uma idéa que o empolga, que lhe acarreta uma emoção intensa, que o colloca num estado de ansiedade extrema. A obsessão incommoda muito. O doente lucta contra ella, mas é tal a sua intensidade, tal o soffrimento que determina, que o doente prefere ceder a ella, a vêr se allivia.

O paciente de psychasthenia, doença em que predominam as obsessões, é um constante soffredor. Si ha, por exemplo, a obsessão da duvida, a chamada loucura da duvida, em que se fecha uma gaveta e depois se fica na duvida de o ter realmente feito, é tal a afflicção em que se fica, de o não verificar, que, embora reconhecendo a puerilidade da idéa, vê-se duas a tres vezes si ella está realmente bem fechada. Na obsessão o individuo reconhece muitas vezes que a idéa que o tortura, é uma tolice, mas prefere fazer o que ella lhe manda, a soffrer duradouramente a emoção que ella provoca.

Dá-se a *phobia* quando a idéa que empolga o individuo, é acompanhada pelo predicado de medo.

Na phobia ha sempre medo, receio de alguma cousa.

A *impulsão* é constituida pela tendencia irresistivel á realização de um acto.

E' muitas vezes um complemento da obsessão ou da phobia, que póde ser absurda, extravagante, contradictoria com a vida do doente, mas de que se não póde este libertar. A impulsão vem, sem que se queira, e muitas vezes em franco conflicto com as tendencias de pessoa.

Os delirios têm classificações diversas, mas uma das melhores é a de Morselli que os divide em por *inferencia*, por *symbolismo verbal* e de *percepção immediata*.

Nos delirios por inferencia, ha um raciocinio logico baseado em premissas falsas.

Nos delirios por percepção immediata ha como base de tudo allucinações e illusões.

Nos delirios de symbolismo verbal ha como base apenas associações de palavras, de sorte que uma lembra outra, ás vezes, por uma simples consonancia banal.

Para que se considere um individuo como alienado, é preciso que se tomem em julgamento os actos delle. Não é só o que elle diz, é tambem o que elle faz.

Quem tem um delirio de perseguição, por exemplo, não se limita a declarar que tem inimigos, mas vive a se acautelar, muito desconfiado, e não raro reage brutalmente contra o que suppõe mais encarniçado desaffecto.

O doente procede de accôrdo com o seu delirio.

Para se perceber a razão de ser de certas cousas que faz, é mister esmerilhar o que elle sente.

O Dr. Franco da Rocha, no seu Esboço de Psychiatria Forense, cita o caso de um chefe de policia do interior de S. Paulo, que só reputava alienado o individuo que rasgasse dinheiro. Isto mostra que elle achava que era pre-

ciso que se fizesse uma cousa bem extravagante, para que se fosse considerado exactamente como louco.

Si fosse preciso rasgar dinheiro para ser considerado louco, talvez em toda a vida do Hospicio não tivesse havido mais de dous alienados.

Não é mister que se invoque um acto tão absurdo.

Basta que se medite no proceder do individuo, em desaccordo com a sua vida anterior. Basta que se esmerilhem pequenas extravagancias de proceder e se investigue a sua razão de ser.

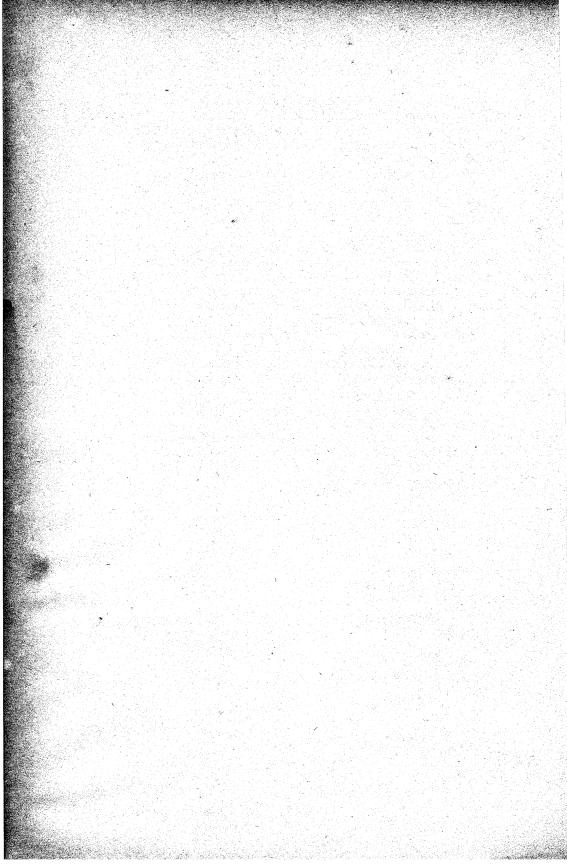
E' preciso lidar com o alienado, captar-lhe bem a confiança, observal-o detidamente, para que se possa comprehender o que nelle occorre.

O delirio póde ser mais ou menos exuberante, mais ou menos brilhante. E' funcção do desenvolvimento intellectual, da cultura do individuo.

Quem nunca tenha visto, nem ouvido falar em aeroplano, não póde delirar sobre isto.

Estas noções basicas, fundamentaes devem ficar bem presentes, para que se possa comprehender tudo quanto se estuda em psychiatria.

Ha uma technologia especial que mister se faz, perfeitamente conhecida.

O valor de cada termo deve logicamente ser esclarecido, tendo a cada passo em vista que a psychiatria se não póde divorciar dos dictames precisos da anatomia e physiologia do systema nervoso.

CAUSAS DE ALIENAÇÃO MENTAL

O estudo dos motivos, pelos quaes uma pessoa póde ficar alienada, é dos mais interessantes da psychiatria.

A interpretação clinica das causas tem variado de accôrdo com a evolução scientifica.

Hoje já se esclarece de modo muito mais completo a genesis de certas doenças mentaes, em consequencia de haver recursos de laboratorio que muito orientam na perfeita elucidação.

Nos primeiros tempos de estudo de doenças mentaes, as hypotheses mais pueris eram invocadas para explicar tudo. Assim nos tempos antigos a alienação mental era tida, ora como um castigo, ora como um favor da divindade. Como um castigo, acreditava-se que fosse tudo o effeito de um espirito maligno, a demonstração da colera dos deuses que influiam no cerebro do doente, collocando-o desvairado.

Como um favor dos deuses, pensava-se que fosse a influencia destes que se fizesse sentir, podendo o alienado advinhar, transmittir as idéas divinas e no mais accentuado dispauterio revelar uma cousa digna de attenção. Pueris eram em qualquer hypothese os conceitos que assignalavam o atrazo scientifico.

Hippocrates foi quem em primeiro lugar deu uma interpretação scientifica á origem da alienação mental. Dizia que ella se constituia em consequencia de acção da bile ou da pituita, havendo uma mistura com o sangue. Já se admittia uma causa physiologica. Já se abstrahia um pouco de interpretações esdruxulas e buscava-se dentro do proprio organismo a genesis dos seus males.

Cælius Aurelianus tomou em consideração as causas psychicas como um factor de loucura e esboçou o estudo da influencia do moral sobre o physico.

Na idade média houve uma parada de evolução scientifica e buscava-se a causa de tudo no demonio. Era elle que se mettia no corpo do alienado e o fazia saltar, gritar e commetter outros desatinos semelhantes.

Pinel quando arrancou as algemas que prendiam os alienados como si fossem animaes ferozes, teve, demais, o grande merito de suscitar para elles a attenção e cuidados que os tornavam semelhantes aos doentes communs. Igualando-os a estes, era natural que se admittisse que o que fazia um individuo adoecer do figado, pudesse agir sobre o cerebro e fazer adoecer desta viscera. Estabelecia-se em medicina a uniformidade indispensavel na interpretação dos phenomenos. Os estudos de anatomia e physiologia pathologicas foram pouco a pouco tendo maior desenvolvimento e a psychiatria foi cada vez mais se encorporando á medicina geral.

Na idade moderna e na contemporanea os progressos têm sido constantes e cada vez mais se comprehende que só possa ser bom alienista quem possuir conhecimentos bem seguros de medicina geral.

Os hospicios modernos cada vez mais se assemelham aos hospitaes communs. O doente é tratado no leito, com as portas abertas, com uma liberdade relativa. As camisólas de fôrça, terriveis meios de contenção, figuram apenas nos museus scientificos. Os banhos mornos prolongados vão pouco a pouco derribando os recursos violentos da chimica dos alcaloides.

A' cabeceira do doente, muito pacientemente, vai se esmerilhando a causa do mal e quando os recursos do laboratorio não elucidem bem a questão, o trafego diuturno e carinhoso com o alienado vai pouco a pouco deixando perceber a causa moral que o vulnerou e que como uma espinha irritante, lhe estorva o pensamento desannuviado. Os estudos modernos têm feito perceber que se deve investigar tudo, a bem se interpretar a causa de um estado de alienação mental. Não se deve cogitar em demonios ou espiritos, como os factores do mal, mas na sciencia moderna, a par dos recursos cada vez mais precisos do laboratorio, ha a perquirição dos abalos moraes que o doente experimentou, das obsessões que sobre elle campeiem ou da afflictiva situação moral, em que se debate, sem esperanças.

E' uma sciencia complexa, em que se não trata apenas de recorrer aos recursos banaes da propedeutica a fazer um receituario apropriado.

Sabendo-se que é evidente que cessada a causa, o effeito se dissipará, comprehende-se bem o quanto deva interessar saber qual o motivo, por que um dado individuo ficou alienado.

No agrupamento das causas de alienação mental divergem os auctores.

Em trabalho que publiquei em 1901, sobre as causas de alienação mental no Brasil, desenvolvi o assumpto e fundamentei que todas ellas podiam ser enfeixadas em tres classes: de *natureza vaso-motora, toxica* e *degenerativa,* podendo o processo degenerativo ser *congenito* ou *adquirido.*

Krafft-Ebing divide as causas em predisponentes e occasionaes.

Dagonet divide em geraes e especiaes, sendo que estas se tripartem em hereditarias, moraes e physicas.

Régis classifica em predisponentes e occasionaes, sendo que aquellas se ramificam em geraes e especiaes, e estas, em psychicas, physiologicas e pathologicas.

Morselli fala em causas predisponentes que podem ser individuaes e geraes, e determinantes que podem ser physicas, physio-psychicas, psychicas, physiologicas e pathologicas.

Muitos outros auctores poderia apresentar, mas, para me não alongar muito e como não seja muito notavel a differença entre elles, lembrarei, demais, apenas, a de Tanzi.

Tanzi divide as causas em exogenas e endogenas. As causas exogenas dividem-se em somaticas, psychicas e sociaes: as endogenas, em diathesicas, hereditarias e degenerativas.

A proposito do desenvolvimento de cada qual, buscarei demonstrar que tudo se póde explicar por perturbações vaso-motoras, toxicas e degenerativas.

No estudo das causas exogenas, das que actúam de fóra para dentro, das que são externas, ha a tomar em consideração a influencia dos factores physicos, psychicos e sociaes. O homem é sempre um escravo do meio e nelle está sujeito a todos os seus accidentes. Si uma pessoa qualquer receber uma pancada muito forte na cabeça, póde ficar com disturbios mentaes. E' o que se chama

psychose traumatica. Naturalmente ahi como sempre, ha um coefficiente individual de predisposição que inflúe muito. Si o individuo é um meiopragico sob o ponto de vista psychico, uma pequena pancada será o bastante; no caso contrario, é indispensavel que seja violento o traumatismo. Meyer chamou a attenção para os casos, em que depois de um traumatismo, se accentuava um estado de desequilibrio mental e o medo, o receio de perder um emprego, a preoccupação de um processo de indemnização pelo accidente determinavam uma excitabilidade emotiva, quasi tão prejudicial como o traumatismo. Si elle se dér pouco depois de qualquer refeição, surge muito mais rapidamente o disturbio mental.

A's vezes, ha apenas uma obnubilação intellectual, uma turvação de idéas; outras vezes, surge um delirio, em que o doente fala como si estivesse a sonhar, inteiramente deslembrado do golpe que recebeu. Constitúe-se um estado de confusão mental que não depende de um simples abalo no cerebro, mas que attesta uma situação de auto-intoxicação.

A's vezes, a pancada acarreta uma ferida no cerebro e então se juncta á toxicóse um elemento infeccioso.

São raras as doenças mentaes oriundas de traumatismos e aquellas, a que assisti, quasi sempre terminaram pela cura.

Entre as causas somaticas exogenas figuram tambem as *infecções em geral*. Sempre que ha uma *grippe*, uma *febre typhoide*, uma *pneumonia*, etc., ha um agente morbigenico que agiu de fóra para dentro e que assim como actúa sobre o restante do organismo, póde tambem influenciar o cerebro.

Ahi ainda deve ser tomada em toda consideração a questão da meiopragia nervosa que faz com que um grippado, por exemplo, tenha facilmente um delirio violento, ao passo que em outros casos é o pulmão, é o figado, etc., que recebem o principal influxo do mal.

As *infecções*, as *toxi-infecções* e as *auto-intoxicações* podem causar doenças mentaes, por um mechanismo sempre o mesmo que consiste numa modificação da crase sanguinea, havendo accumulo de toxinas e a nutrição dos centros nervosos por um sangue hypertoxico. D ahi deriva um disturbio no metabolismo cellular nervoso e, funccionando mal as cellulas nervosas, ha um estado de confusão mental.

Não é tão grande, como á primeira vista poderia parecer, o coefficiente de doenças mentaes que desta causa emanam.

Nas estatisticas que se encontram no meu trabalho sobre "Causas de Alienação Mental no Brasil", verifica-se que, no periodo de 1895 a 1900, só houve nove casos devidos á *grippe*, tres, á *febre amarella*, quinze, ao *paludismo*, dous, á *febre typhoide*, seis ao *beriberi* e um ao *rheumatismo articular agudo*.

Verdade é que com recursos dos laboratorios mais aprimorados que hoje possuimos, maior numero de vezes a causa infecciosa poderia ser invocada, mas mesmo assim é pequena a percentagem.

A *infecção puerperal* representa papel de grande importancia na genesis de doenças mentaes.

Muito frequentemente ha a constatação de disturbios psychicos que se seguem a *alterações do puerperio*.

Ha um estado de confusão mental e na estatistica de 1895-1900, se verifica o total de 35 casos. O numero será, no entanto, muito maior, si tomarmos em consideração os doentes, em que a tal causa se seguiu uma perturbação endocrinica lenta e vagarosa que culmina muitas vezes no que se chama demencia precoce.

A *syphilis* representa uma infecção que desempenha um papel inexcedivel na genesis de doenças mentaes.

A' medida que os recursos de laboratorrio se vão aprimorando e que por meio delles se póde sempre reconhecer uma infecção luetica onde ella se não antolhe nitida e clara, constata-se bem quantas vezes é ella a unica causa de um disturbio psychico. O resultado admiravel que em alguns casos apparentemente irremoviveis se obtem com a therapeutica mercurial, faz com que se medite na avultada quóta dos que nessa infecção tiveram a causa de todos seus males.

E estes não surgem sempre pouco depois do momento infeccioso. Ha uma doença, a paralysia geral, em que está hoje provado ser sempre causa a syphilis, em que o mal só apparece, ás vezes, dez ou vinte annos após o cancro duro.

Igualmente, no estudo muito moderno e admiravel de ensinamentos, das alterações das glandulas de secreção interna, vê-se que si estas são a causa proxima e immediata de uma doença mental, foi a syphilis que as condicionou em varios casos.

Nas personalidades psychopathicas em que o individüo fica numa zona fronteiriça á loucura, sem que seja dos taes que praticam desatinos a despertarem a attenção de todos, nesse grupo em que Kraepelin colloca o louco moral, o criminoso nato, o instavel, o mentiroso morbido e fraudador, e o pseudo-querelante, muitas vezes a syphilis se encontra a influenciar e prova de tal se tem na curiosa modificação de caracter que se obtem com pequenas injecções de 914, ou com o tratamento iodo-mercurial.

E quando se fala em syphilis, não ha que esmerilhar apenas a adquirida, e sim a que o doente recebeu como uma herança cruel de seus antepassados.

A heredo-syphilis é a causa de numerosas anomalias mentaes e aqui e ali se verificam paradas de desenvolvimento mental, epilepsia, psychoses por lesões cerebraes como thrombose e hemorrhagia, etc., em que tudo se preparou á custa della.

Num alienado nunca se deve descurar a realisação de reacções de laboratorio como a de Wassermann, ou de qualquer de suas variantes como Bauer, Nogucchi, etc.

Verificada a existencia de syphilis, ensaiar-se-ha o tratamento adequado.

Talvez se possa conseguir muito e a suspeita da causa estará bem referenciada pela efficacia do tratamento.

Em todas as estatisticas modernas têm crescido as doenças causadas pela syphilis.

Não é que esta, com os progressos da civilisação, tenha augmentado extraordinariamente, e sim a circumstancia de haver recursos bio-chimicos que a fazem conhecida onde até então passava ella despercebida. Haja vista o que occorreu com a paralysia geral, em que a verificação do Treponema pallida no proprio cerebro, successivamente, em Fevereiro de 1913, por Nogucchi e Moore, em Abril de 1913, por Marinesco e Minea, em 21 de Abril de 1913, por A. Marie, Levaditi e Bankowsky, veiu dar a prova mais positiva de que é ella devida á syphilis. Nas estatisticas antigas os casos de paralysia geral eram rarissimos e hoje são bem frequentes. E' que hoje ha recursos, para que ella seja descoberta muito frequentemente nos seus primordios e o reconhecimento de uma syphilis dos centros nervosos desperta a suspeita de que della se trate.

A syphilis concorre poderosamente, para que haja dystrophia cellular e, perturbando profundamente o me-

tabolismo cellular, actúa não só sobre o do proprio individuo, como sobre o de seus descendentes. Sob o ponto de vista da influencia hereditaria, é a mais grave de todas as infecções.

A *tuberculose*, si concorre frequentemente para acarretar modificações profundas do caracter, raramente determina directamente uma doença mental. Quando o faz, ha o que se denomina confusão mental, um estado de toxemia, em que ha desorientação, dysmnesia e delirio de sonho.

Quando á *lepra*, o Professor Juliano Moreira em sua proficiente pratica, declarou que não ha um typo particular de psychose leprosa e que apenas a infecção pelo bacillus de Hansen facilita o apparecimento de doenças mentaes, a que já estava o doente predisposto.

Muitas vezes a doença mental se vai desenvolvendo a pouco e pouco, depois de dias de prisão de ventre pertinaz ou de disturbios digestivos mais ou menos graves. E' um estado de toxemia que se constituiu e que escolheu o systema nervoso como séde de predilecção. Póde a economia inteira, toda ella, se resentir, póde o mal circumscrever-se quasi exclusivamente ao cerebro como orgão meiopragico. Em qualquer hypothese houve reabsorpção de toxinas que vehiculadas pela torrente circulatoria, foram impregnar as cellulas nervosas e perturbar a sua nutrição.

Si as toxi-infecções intestinaes podem acarretar doenças mentaes, é preciso esmerilhar bem si ellas são a causa destas ou simples manifestação symptomatica no seu decurso.

Comprehende-se bem como devam ser frequentes durante as doenças mentaes os desvios alimentares e as toxi-infecções consequentes, devendo haver toda cautela, para que se não cogite que ahi residiu a genesis da molestia em qualquer dos casos observados.

As glandulas endocrinicas inflúem poderosamente como factor de auto-intoxicação, gerador de doenças mentaes. O *endocrinismo* perturbado inflúe em toda a economia e muito accentuadamente sobre o systhema nervoso.

Ha um grupo de doenças mentaes, psychoses thyreoidéas, que dependem essencialmente de uma alteração da glandula thyreoide. No caso de insufficiencia funccional ha os typos clinicos de cretinismo endemico e esporadico, cachexia pachydermica e cachexia estrumipriva;

no caso de exagero de funcção ou de alteração qualitativa da secreção, ha a doença de Basedow.

A insufficiencia das parathyreoides determina, ás vezes, estado de confusão mental, além da classica tetania.

O exaggero de funcção das capsulas supra-renaes concorre muitas vezes para a genesis das psychoses presenis e senis.

O emprego dos extractos de glandula pineal deu bons resultados a alguns clinicos, quando administrado a crianças atrazadas.

As alterações da hypophyse concorrem para um certo gráo de atrazo intellectual.

Os disturbios das glandulas genitaes desempenham um papel importantissimo como causa de doenças mentaes.

E' hoje cousa assente em sciencia que as glandulas de secreção interna estão tão intimamente unidas entre si, que quando uma se perturba, as outras se resentem.

Ha glandulas de funcção synergica, em que uma parece reforçar ou suscitar mais nitida acção da outra; ha, tambem, de funcção contraria, em que uma parece moderar os excessos da outra. Si ha, porém, associação das funcções, ha uma que prepondera, e de todo o endocrinismo, o genital é o que mais inflúe em psychiatria.

E' curioso este facto que a observação clinica cada vez mais accentúa.

Já é antiga a interpretação popular que diz que muita doença mental depende de suspensão de catamenio. Não é, no entanto, a amenorrhéa, com congestões cerebraes compensadoras. E' a retenção de productos toxicos que, devendo ser secretados pelos ovarios, não o são e reabsorvidos, dão uma toxemia que vai influenciar o systema nervoso.

Por outro lado, a insufficiencia testicular desempenha papel importantissimo e ha uma doença, a demencia precoce, que, de origem endocrinica, é influenciada poderosamente pelos disturbios das glandulas espermatica ou ovariana.

A puberdade e a menopausa, quer no homem, quer na mulher, coincidem frequentemente com disturbios mentaes que de outras causas não emanam.

O onanismo é invocado muitas vezes como causa de loucura, mas é preciso que se distinga que já não seja elle o effeito della. Nas phases iniciaes da eschizophrenia o doente onanisa-se frequentemente e este vicio

se installa muitas vezes depois que uma impotencia psychica o convenceu erroneamente, de que não mais será capaz de consummar a relação sexual.

No caso em que o onanismo surja antes de tudo o mais, póde-se interpretar o disturbio mental como o effeito de uma dystrophia cellular, pois o systema nervoso reiteradamente excitado se exgotta, d'ahi advindo ischemia e diminuição de nutrição.

Muitas doenças mentaes se installam durante a gravidez e o puerperio e ainda ahi o disturbio endocrinico póde bem ser invocado como a causa mais proxima.

As *intoxicações* desempenham papel importantissimo na genesis de doenças mentaes.

Entre ellas, nenhuma ha que desempenhe papel de mais relevo do que o *alcoolismo*. Póde-se bem dizer que a syphilis e o alcoolismo são os dous factores mais importantes, para que qualquer um se torne alienado.

Quando mais elevado fôr o peso mollecular de um alcool, mais accentuado será o seu poder toxico. Tal é o motivo, pelo qual o eminente Professor Gilbert Ballet, num relatorio apresentado á Academia de Medicina de Paris em 8 de Março de 1915, estabelecia a prohibição de se venderem alcooes que não fossem de titulo baixo

O alcool methylico é o menos toxico, de accordo com o notavel Prof. Pedro Pinto que baseiando-se em Lesieur e Picaud, diverge de Dujardin-Beaumetz.

O alcool actúa notavelmente sobre o systema nervoso, impedindo o seu metabolismo cellular normal, alterando a estructura dos vasos que o vão nutrir, sobrecarregando o sangue de um elemento eminentemente toxico que o torna inepto para todos os seus mistéres.

A acção do alcool póde exercer-se de modo agudo ou chronico, mas em qualquer hypothese ella vai muitas vezes além do individuo e a geração toda vai purgar o mal que não fez.

Féré conseguiu a formação de uma série de pequenos monstros, saturando de vapores de alcool ovos de gallinha.

Muito commum é o se depararem idiotas, epilepticos, etc., em que para a genesis do mal outra causa não poude ser invocada, que o alcoolismo dos ascendentes.

Demais, o filho do alcoolista já nasce predisposto a sentir os effeitos do elemento ethylico e bastam ás vezes poucos calices para que um delirio violento se installe.

Em alguns casos, os filhos são profundamente degenerados, não porque o progenitor fosse um inveterado ethylico, mas sim porque accidentalmente, no momento da concepção, estivesse embriagado.

Da estatistica que em 1901 publiquei, deduz-se que de 1895 a 1900 houve como casos de alienação mental devidos directamente ao alcoolismo, 1.257 doentes para um total de 3.949 entrados, o que estabelece uma percentagem de 31%.

No trabalho que apresentei ao 4.º Congresso Medico Latino Americano, em 1909, sobre as Causas de Reinternação de Alienados no Hospital Nacional, vê-se que de 1894 a 1907, houve 9.378 entradas no Pavilhão de Observações do Hospicio, sendo que foi de 1.508 o numero de alienados reincidentes e destes, 547 foram alcoolistas. Vê-se bem que ainda neste caso a percentagem é approximadamente de um terço.

O numero avultará ainda mais consideravelmente, si se attender a que nestas estatisticas se computaram os casos, unica e exclusivamente, devidos directamente ao alcoolismo individual. Si se meditar que muitos epilepticos, idiotas, imbecis, etc., assim ficaram, porque os progenitores eram alcoolistas, e que o seu mal emana indirectamente do alcool, vê-se bem quantos maleficios acarreta o elemento ethylico.

Si dos toxicos é o alcool o que desempenha papel tão importante, facto é que os outros, como o ether, a cocaina, a morphina, etc., tambem vão crescendo em sua influencia nociva. Muito maior é de anno para anno o numero de individuos que no cocainismo, morphinismo, etherismo, etc., encontram a genesis de seus disturbios mentaes.

Como o dispendio para se intoxicar é maior do que o que concerne ao alcool, é menor nos hospitaes que nas Casas de Saúde o numero destes doentes.

Ha em qualquer dos casos uma intoxicação profunda dos centros nervosos que vem junctar um estado de confusão mental á fraqueza volitiva que não permitte ao doente libertar-se facilmente do elemento nocivo que dia a dia lhe corróe as fontes da vida.

As *causas psychicas* representam papel de grande monta na genesis de doenças mentaes.

Ultimamente o seu papel tem sido encarecido, esmerilhando-se mais detidamente os desgostos, os abalos moraes, as contrariedades, etc., que o alienado tenha experimentado. Recentemente vem-se estudando a influencia

que um choque emotivo possa ter no desequilibrio vago-sympathico e na genesis de doenças mentaes.

Auguste Lumiére, em trabalho na Presse Médicale de 8 de Agosto de 1928, accentúa os effeitos de augmento de pressão arterial pela excitabilidade do sympathico. Lembra, por outro lado, casos, em que por uma violenta emoção a pressão cahe muito, a irrigação sanguinea do bulbo não se dá bem e mesmo uma syncope mortal póde surgir.

A grande baixa da pressão sanguinea póde acarretar uma depressão nervosa muito notavel e um estado melancolico se constituir.

A hypertensão arterial, effeito, muitas vezes, de emoção e excitação do sympathico, póde suscitar um estado de irritabilidade, uma grande excitação nervosa que culmina numa doença mental.

A doutrina de Freud procura explicar tudo como um traumatismo de natureza sexual que, tendo agido poderosamente sobre o individuo, vive recalcado, escondido, com o temor das convenções sociaes, mas influenciando poderosamente o raciocinio de cada instante.

Se esta doutrina visa explicar tudo por meio da sexualidade e se nella ha um grande fundo de verdade, teve, demais, o grande merito de despertar a attenção para a investigação do raciocinio intimo de cada doente.

Examine-se cada qual e ver-se-ha que um teve um desgosto, de que se não póde esquecer, e que, ás vezes, lhe não apraz evocar diante de extranhos; que outro vive torturado por uma idéa obsessiva que esconde nos refólhos de sua consciencia; que outro faz uma interpretação falsa e nella fundamenta todo seu castello de suspeitas e accusações, e assim por diante.

Não ha nada que mais exgotte o systema nervoso do que emoções repetidas — é uma verdade que se deve ter como uma maxima. E si ellas concorrem poderosamente para gerar a neurasthenia, accarretam sempre uma meiopragia nervosa que abandona o individuo como uma prêsa facil das doenças mentaes.

O moral inflúe extraordinariamente sobre o physico e um individuo que tenha tido um grande abalo moral, terá perturbado o seu intimo metabolismo cellular. Claro está que uma pessoa que sinta uma grande contrariedade, não recebe directamente a acção desta sobre o seu systema nervoso, como se fôra um traumatismo. Ella vai

agir indirectamente e, abalando o organismo, perturba as secreções internas, compromette a digestão gastro-intestinal, faz com que deixem de ser eliminados productos toxicos que ficam retidos na crase sanguinea, e, em ultima analyse, faz com que as cellulas nervosas passem a receber um sangue alterado que lhes não convém ao perfeito e hygido mechanismo funccional.

Ha essencialmente dystrophia cellular nervosa.

A grande importancia que ultimamente vem merecendo o estudo das causas psychicas, faz com que mereça mais attenção o que o doente diz, e que haja mais afan por parte do medico em investigar o que domina o seu pensamento.

O medico torna-se como um confessor, carecendo captar absolutamente a confiança do alienado.

Si descobre a causa moral do mal, deve buscar removel-a si o pudér ou em qualquer hypothese, attenual-a, conversando longamente e procurando demonstrar-lhe que se não deve preoccupar tanto com uma cousa que, ás vezes, pouco vale.

Removida a causa, cessa o effeito, e, não raro, a psychoterapia basta para curar um doente que se apresenta muito agitado.

Quando á influencia das *causas sociaes*, ellas merecem igualmente consideração.

O homem é um escravo do meio, em que vive, e não póde deixar de soffrer a cada passo o influxo dos embates que nelle occorrerem.

Si o meio requinta e se apura como acontece com a civilisação, poderia parecer que o homem só teria a se aperfeiçoar com ella, mas o facto é que a maior actividade acarreta maior cansaço, exigencias sociaes se estabelecem que redundam em fadiga e intoxicação, advindo d'ahi a usura do typo que só devia evoluir com a civilisação.

Nos povos mais civilisados cresce consideravelmente a loucura, não só porque a evolução scientifica permitte que mais prematuramente sejam descobertos os typos morbidos, como tambem porque a lucta pela vida se torna mais intensa.

A syphilis e o alcoolismo são o grande flagello dos povos civilisados e, sabendo-se que estes são os dous factores mais importantes das doenças mentaes, percebe-se bem quanto deve augmentar o numero de alienados nos paizes adiantados.

Demais, o individuo não póde ficar indifferente ás luctas moraes do meio, em que se debate.

As revoluções acarretam um augmento no numero de alienados com o que viram e sentiram.

Durante a revolta do tempo de Floriano, em seguida á proclamação da republica em Portugal, em consequencia da revolta da vaccina obrigatoria, surgiram no Hospital Nacional de Alienados doentes que desvairaram com a impressão desses abalos sociaes.

Depois da guerra terrivel, em que se debateu quasi o mundo inteiro, appareceram alienados que succumbiram nos embates moraes do meio, em que se depararam.

Os meticulosos trabalhos de Bonhœffer, Régis, Gilbert Ballet, Roussy e Lhermitte provam bem que o numero de alienados foi augmentado com as victimas da guerra, predominando os estados de confusão mental.

Esse numero, porém, ainda avultou depois que ella findou. Victimas de privações de toda sorte, exhaustos por um trabalho barbaro, preoccupados com a sua sorte e dos entes queridos, tendo conservado durante muito temdo o seu systema nervoso em estado de alta tensão emotiva, os homens que sobreviveram ao horrivel cataclysmo que nos flagellou, têm baqueado como prêsa facil nas garras da loucura.

O mundo talvez só se possa depurar, decorridos longos annos. Os homens que não vieram brutalmente invalidos, estão muitissimo enfraquecidos.

Muitos se embrenharão nas torturas de uma tuberculose, muitos se terão syphilisado e muitos outros terão adquirido uma tal meiopragia nervosa, que um nonada os tornará alienados.

A eugenia, o systema admiravel que procura conseguir que a raça se aperfeiçôe, só permittindo o cruzamento de typos puros, nada poderá obter, quando cada vez mais se avoluma o coefficiente dos meiopragicos do systema nervoso. Pouco depois da guerra de 1870, nasceram muitos idiotas, e epilepticos, etc., que receberam o triste appellido de filhos do sitio de Paris. Imagine-se o que não occorreria depois desta guerra, em que não luctaram dous paizes, mas quasi se anniquilou o mundo inteiro !

Demais não soffrerão sómente os que pessoalmente estiveram interessados no grande conflicto mundial.

Todos se resentirão, pois em consequencia delle é cada vez maior a lucta pela vida. Os elementos de nutrição

escasseam e a organismos desnutridos se impõe um excesso de trabalho, obterado de preoccupações constantes.

Em consequencia da difficuldade de manter a sua subsistencia e a dos seus, o homem trabalha mais do que deve, vive preoccupado em auferir maior somma de recursos e quando as forças começam a baquear, recorre criminosamente ao alcool, como um excitante que lhe dá a convicção illusoria de uma maior capacidade de acção.

E' na parte média da vida que se torna maior a lucta pela existencia, e é justamente dos 20 aos 45 annos que florescem os alienados.

Em consequencia de se confiar geralmente maior somma de trabalho ao homem que á mulher, deveria sempre a estatistica dar maior quóta áquelle do que a esta. Durante a guerra, a percentagem masculina foi maior que a feminina, mas depois d'ella quando se modificar o systema social, talvez haja mais mulheres alienadas do que homens, sendo que ellas, se equiparadas na lucta pela vida, têm sempre, demais, os precalços da vida sexual, com os accidentes da menstruação e gravidez.

Não ha profissão que concorra directamente, para que um individuo fique alienado. Auctores ha que acreditam que os militares estejam mais predispostos e a estatistica do Hospital Nacional comprova a raridade de internação de alienados que tenham sido padres. E' que nestes as emoções são menores que naquelles, e menor o risco de se syphilisarem.

Não é o facto de ser padre que isenta, mas ha menor predisposição ás causas directas de loucura.

O estado civil do individuo não parece influenciar grandemente, embora alguns auctores acreditem que os solteiros estejam mais predispostos que os casados.

A questão da *educação* é muito importante. Reconhece-se hoje que certas fórmas mentaes são influenciadas directamente por um vicio de educação.

Assim, a paranoia é uma forma psychiatrica, em que isto inflúe muito.

Acredito que certos casos de eschizophrenia, doença em que ha uma parada de evolução intelletual, dependam, em grande parte, de uma má orientação pedagogica.

São crianças que têm de aprender muita cousa em curto prazo que são obrigadas a decorar quando deveriam aprender a raciocinar, que se convencem em pouco tempo que lhes não será jámais possivel comprehender tudo aquillo com que lhe entópem o cerebro.

Embaraçados nos primeiros surtos de sua vida sexual, entram a se onanisar ás escondidas, mostrando-se ulteriormente arredios quando se lhes concede a liberdade para a copula.

Muitas vezes os dementes precoces se encontram entre os jovens que levavam uma vida muito reclusa ou que se mantinham em estado de alta tensão emotiva, receiosos sempre de censuras e punições outras que a proposito de qualquer nonada se lhes infligiam.

Em summa, a observação clinica demonstra bem quanto os vicios de educação podem influenciar o surto de doenças mentaes.

Entre as causas internas, que se formam no interior do proprio organismo, que o individuo traz comsigo mesmo, o papel do factor degenerativo é predominante.

Morel foi que em primeiro lugar, em 1857, desenvolveu a doutrina da degeneração. Por ella se constata que pais que soffreram aggressões do meio externo, sob a fórma de infecção ou intoxicação, geram filhos que se ostentam com accentuada inferioridade organica e que se tornam uma prêsa facil de doenças mentaes. Os productos destes ainda trazem um fardo mais pesado de inferioridade organica e assim, se um cruzamento bem combinado não buscar melhorar a raça, ella se extinguirá na idiotia, na imbecillidade, etc.

A syphilis e o alcoolismo dos progenitores são os dous factores que mais concorrem para a degeneração dos descendentes.

Nascem individuos que com grande facilidade têm perturbações mentaes, sem que pessoalmente façam qualquer cousa que as acarrete, e sim, unica e exclusivamente, como victimas dos entes que os geraram.

A tuberculose, o arthritismo, as doenças nervosas dos progenitores são outros tantos elementos que concorrem, para que os descendentes sejam degenerados.

Para que se veja uma pessoa como degenerada, não se busque no seu physico um numero maior ou menor de deformações que tal comprovem. Isto pouco significa.

Quédas ou pancadas pódem tornar um nariz torto, um rosto enviezado, sem que tal signifique a degradação mental da victima.

O estygma physico tem pequeno valor; apenas avultará um pouco em importancia si em grande numero. se deparar.

O estygma psychico tem significação muito mais notavel. Na fórma pela qual o individuo raciocina, no seu modo de proceder, nas suas reacções bruscas e intempestivas, nas lacunas do seu querer, nos defeitos de sua affectividade, etc., encontrar-se-ha frequentemente o testemunho de que é elle um predisposto ás doenças mentaes, de que vem elle pagando pelo mal que não fez.

Não ha um typo primitivo de que a humanidade se esteja desviando: ha, porém, uma certa somma de caracteres que se devem deparar no homem normal. E' preciso que elle sinta, pense e saiba querer normalmente, dentro das regras dos reflexos psychicos, que se adapte perfeitamente ao meio e nelle se saiba conduzir, que possa dosar voluntariamente a sua reacção pela excitação que receber e que a cada instante, na labuta diaria, a sua consciencia oriente a sua conducta.

O degenerado procrêa naturalmente seres degenerados e cada vez a decadencia se vai accentuando, até que muito providencialmente surjam idiotas incapazes de ter filhos e assim se apague uma familia infeliz e degradada.

Outro elemento que importa nas causas intrinsecas, é o da *herança.*

E' muito pouco frequente que alienados gerem doentes da mesma fórma clinica.

Em geral, juncta-se a este o factor degenerativo e a fórma clinica que, no descendente se ostenta, é peior do que a do progenitor.

Um hysterico géra um epileptico, um neurasthenico póde gerar um hysterico, um alcoolista póde gerar um idiota e assim por diante.

A *predisposição* representa outra causa interna que frequentemente se somma a estas.

O individuo nasce sadio, mas com uma resistencia psychica tão pequena, que o menor embate moral basta, para que fique alienado.

O estado mental da gestante inflúe muito consideravelmente e ás vezes bastam grandes desgostos durante a gravidez, para que um predisposto venha ao mundo.

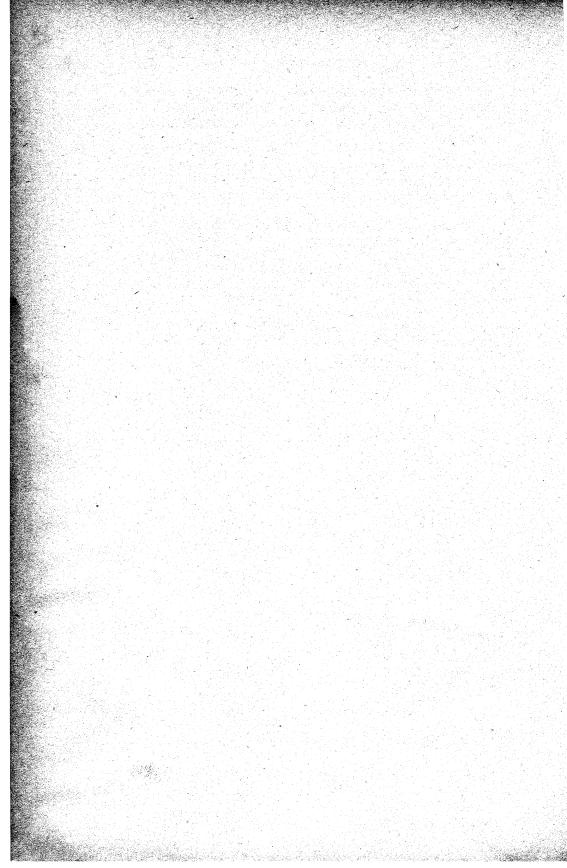
Igualmente inflúem muito as doenças que ella houver contrahido, as vicissitudes que a lucta pela vida lhe houver acarretado.

O producto é um expoente dos predicados e defeitos dos progenitores.

O predisposto terá uma doença mental com mais facilidade que qualquer outro e diante de uma causa, a que outro qualquer talvez resistisse, elle baquêa com facilidade.

Ha mesmo certas modalidades psychiatricas que só escolhem os predispostos. A causa interna constituida pela predisposição somma-se frequentemente ás da degeneração e herança ou muitas vezes accentúa e aggrava estas.

Raciocinando sobre todas as causas de doenças mentaes, vê-se que em qualquer hypothese a cellula cerebral vai resentir-se com ella uma perturbação nutritiva do neuroneo é a condição indispensavel. Póde ella depender de uma perturbação vaso-motora, toxica ou degenerativa, podendo ser esta ultima congenita ou adquirida.

E' sempre o disturbio nutritivo da modesta cellula nervosa o elemento indispensavel para que um cerebro que muitas vezes brilha no seu apogeu, sossobre nas trevas da loucura.

TECHNICA PARA EXAME DE UM ALIENADO

Em psychiatria o exame de um doente é muito mais difficil, do que em qualquer outro ramo da medicina. Com effeito, para se examinar um individuo alienado ou supposto tal, é preciso colligir elementos que muitas vezes nos não são dados pelo proprio doente.

Em qualquer outro caso este conta, geralmente, com certa clareza, ao medico tudo quanto sente.

O alienado, não raramente, encastella-se num obstinado mutismo, motivado ou pelo receio de que o clinico lhe vá fazer mal, ou pelo temor que lhe infundem allucinações que tem e que lhe impõem o silencio.

Outras vezes, está elle numa tal situação de confusão mental, que fica como si estivéra sequestrado do mundo exterior, e não logra perceber as perguntas que lhe são dirigidas.

E' mais difficil do que examinar uma criança, porque esta se encontra nos primeiros tempos de sua vida em estado de não poder dizer o que sente, ao passo que com o alienado não só o mesmo póde occorrer, como tambem, o que torna muito mais complexo o problema, elle póde lançar mão de toda sua argucia para desviar a attenção clinica do que sinta e pense.

Ha alienados chamados reticentes que dizem as cousas pela metade, para que se não desvende aquillo em que meditam.

No exame ha frequentemente necessidade de recorrer á familia do doente, para que nos elucide em relação aos seus antecedentes, mas ainda ahi escólhos se antolham,

pois no receio de que se verifique tratar-se de uma familia de nevropathas, busca ella fazer crêr que aquelle é o caso primeiro e unico. Neuberger chama a attenção para a interpsychologia, especie de convivencia inconsciente que existe entre o doente e os que o rodeiam, o que póde fornecer dados falsos.

Para facilitar o exame, auctores ha que estabelecem um questionario fixo. Assim Sommer estabelecia 22 perguntas fixas e Ferrari, 47 outras. Isto se não deve fazer, pois a pericia póde ter de desenvolver certas questões, suscitadas pelas respostas que houverem sido formuladas, e em cada typo clinico a nossa orientação no investigar o mal depende da maior ou menor accessibilidade do paciente.

Para que a observação fique escoimada de lacunas, não é necessario utilisar-se sempre o mesmo questionario, mas será sempre util obedecer a um certo methodo, a uma certa nórma, para que certos detalhes não escapem.

O Professor Dr. Januario Bittencourt apresentou um bem elaborado modelo de fichas para exame de um psychopatha.

Neste trabalho que escreveu em 1931, ha uma bôa orientação para o exame, podendo, porém, haver o desenvolvimento das respostas que mais interessem á certeza do diagnostico.

Credenciaes de Admissão

Os abaixo - assignados certificam que ....
filho de .... de raça ....
com .... annos de idade, natural de ....
estado civil .... (si casado declare o nome do conjuge) ....D de profissão ....
morador .... necessita ser admittido no Hospital Nacional de Psychopathas ....
.... de .... 19 ....
....

ESBOÇO DE CARACTEREOLOGIA FAMILIAR E DADOS ANAMNESTICOS

Antecedentes familiares

Os paes são vivos? .... De que falleceu ou falleceram e em que idade? ....
....

A mãe do paciente, durante a gravidez, soffreu molestias, traumatismos, fadigas, emoções, privações, desgostos? . .
. . . .

O parto foi demorado? . . . . Empregou-se o forceps? . . . .

Quantos irmãos vivos tem? . . . . . . Ha fallecidos? . . . . . .
De que e em que idade? . . . .

Houve ou ha casos de alienação mental nos avós, paes, tios ou irmãos? . . . .
Ha entre estes suicidas, homicidas, alcoolistas, paralyticos ou epilepticos (ataques)? . . . .

Ascendentes, collateraes e descendentes

Alto, baixo, magro, secco de carnes, musculoso, espadaúdo, pescoço comprido, rosto comprido, nariz comprido? . . . .
Retraido, egoista, difficil de comprehender, de poucas palavras e de poucos amigos, esquisito, timido, muito sensivel, amante da natureza e dos livros, teimoso docil, de attitudes estudadas, reservado, consciencioso, escrupuloso? . . . .

Baixo, altura media, gordo, atarracado, pescoso curto, cabeça enterrada nos hombros, calvo, rosto chato risonho, cabeça grande e redonda? . . . .
. . . .

Alegre, triste, expansivo, calmo, bom, brincalhão, amavel, de gestos rapidos, gosta de conversas, esperto para negocios, communicativo, natural? . . . .
. . . .

Antecedentes pessoaes

Que molestia apresentou quando criança? . . . .
Com que idade caminhou? . . . .
com que idade falou? . . . .

Como se fez a dentição? . . . .
Teve convulsões (ataques de bichas)? . . . .
Urinava-se ainda depois de dois annos? . . . .
Tinha terrores noturnos? . . . . Frequentou a escola com aproveitamento? . . . .

Entregava-se á masturbação? . . . .

Como se comportou no serviço militar? ....
Com que idade se casou? .... Tem tido difficuldades economicas e preoccupações de familia? .... Já soffreu emoções? ....
Esgotou-se com muito trabalho mental ou physico? .....
.... Que molestias apresentou na idade adulta? .... Adquiriu syphilis? ....
Com que idade? ....
Submetteu-se a tratamento regular? ....
Em que consistituiu o tratamento? ....
Adquiriu outras molestias venereas? ....
Quaes e com que idade? ....
Faz uso de toxicos? .... Alcool, morphina, opio, cocaina? .... Desde quando? ....
Que especie de bebidas alcoolicas usa: vinho, cerveja, aguardente? ....
Que quantidade absorve diariamente? ....
Qual a dóse diaria de morphina, opio, cocaina? ....
.... Quantos cigarros ou charutos fuma por dia? .... Soffreu algum traumatismo? ....
Entregava-se á pratica de Espiritismo? ....
Como se revelava sua intelligencia antes da molestia actual? ....

Proporções diathesica e psychesthesica

O Sr. gosta de conversar, de fazer visitas ou tem a vida retraida preferindo viver "só no seu canto" ou quando muito frequentando a companhia de alguns amigos preferidos? ....
E' bonachão ou bonacheirão? ....
Tem o genio alegre, é disposto, é despachado, de bom humor, depressa se enthusiasma ou lhe sobe o sangue a cabeça? ....
E' socegado, ou não pára quieto, calmo, triste, e homem de principios rigorosos, severos? ....
Gosta de ver as crianças brincarem e de acariciar os animaes? ....
Vive bem, sem discussões, com as pessoas de sua familia e com pessoas com que trabalha? ....
Quando quer agradar os outros faz isto com naturalidade

ou é preciso fazer esforço? ....
Diz com franqueza o que sente? ....
Sente que os outros gostam de si? ....
Quando se incommoda tem genio prompto, pretende vingar-se mas logo depois não tem coragem de fazer mal e em seguida não guarda rancor? ....
Quando está triste ou contrariado gosta de encontrar quem o console e de desabafar seus males com alguem? ......
Gosta de vida tranquilla, modesta, de pouco trabalho,
....
despreoccupada? ....
Em occasião de difficuldades, de máos negocios, fica irritado, nervoso ou simplesmente triste, desanimado? .... Gosta de ouvir contar anedoctas (coisas engraçadas) de caçoar pelo prazer de rir? .... Por qualquer coisa chora? ....
Tem o genio communicativo, depressa faz amizades ou é reservado (o que sente guarda para si com cara de poucos amigos, calado? ....
Sente o prazer e o soffrimento dos outros como si fosse comsigo proprio ou é indifferente ou quasi indifferente com o que se passa com os outros? ....
.... Sempre tem a bolsa aberta para seus amigos? .... Gosta de fazer presentes? ....
Tem espirito pratico e habilidade (geito) para negocios? .... O seu trabalho é proveitoso e de resultados praticos? ....
E' arrojado (atirado) para negocios? ....
E' emprehendedor (animado) em negocios e anda sempre occupado? ....
Gosta de boas comidas e de boas bebidas, é gastador e se entrega avida e desregradamente com mulheres? .... Trabalha muito sem se fatigar ou aborrecer? .... Tem presença de espirito, responde ás caçoadas ao pé da letra? ....
Si obrigado a sahir de seus habitos se habitua depressa com a nova vida? ....
Pensa e age (faz) por si ou por imitação? ....
Tem presentimentos do que vem a acontecer? ....
Gosta de conhecer "de tudo um pouco" ou prefere não saber tantas cousas mas sabel-as muito bem? .... Gosta de mudar de occupações (emprego,

trabalho) "não esquenta lugar" e si viaja é só pela vontade de correr mundo? ....

Tem muita confiança em si? .... E' timido (acanhado, medroso) ou desembaraçado? ....

Si não se sente amparado (ajudado) não se desembaraça na luta pela vida? ....

Prefere trabalhar por conta propria (por si) ou como empregado? ....

E' dedicado, esmerado, devotado ao trabalho? ....

E' delicado, paciente para com as pessoas com quem trata? .... E' dedicado ao seu chefe (patrão)? .... Em situações anormaes, agitadas, tem coragem para lutar ou se sente desanimado? ....

E' piedoso (devoto)? ....

Commove-se com o soffrimento alheio (dos outros) e procura remedial-o? ....

Antes de tomar uma resolução ou emprehender (começar) um negocio pensa demoradamente ou pensa pouco e vae logo fazendo? ....

Tolera (supporta) que o aborreçam? ....

E' facilmente impressionavel e teme ficar doente? .... Demora muito antes de tomar uma resolução? ....

Ha muitas pessoas como o Sr. (ou Sra.) ou parece-lhe que as outras pessoas teem qualidades superiores, ou ao contrario, inferiores ás suas? ....

E, muito escrupuloso: ex.: Prefere perder dinheiro em um negocio só em pensar que seria possivel julgarem que roubou? ....

Tem astucia e faro para negocios? ....

Fica agastado (contrariado) si o contradizem (retrucam)? .... Gosta de andar bem vestido ou não se preoccupa com isso (é desmaselado)? .... Quando o incommodam, reage com calma ou irrita-se e então grita gesticula e insulta? ....

Sente-se contente, feliz? .... O seu contentamento (alegria) é tranquillo ou espansivo (ruidoso, barulhento)? .... Causa-lhe grande soffrimento ver uma pessoa morrendo, ferida, gemendo, chorando ou isto não lhe impressiona? .... E' ironico? .... Gosta de caçoar ou de troçar com o fim de zombar (judiar) dos outros

ou simplesmente para rir e fazer rir? ....
E' teimoso ou impertinente? .... E' revoltado e insubmisso ás circumstancias da vida ou recebe a vida como ella se apresenta? .... E' sua intenção reformar as leis sociaes? .... E' tido como esquisito ou como tendo ideias extravagantes? ....
E' amante da leitura? .... Que leitura prefere, philosophia, occultismo, espiritismo, romances sentimentaes, etc.? .... Aprecia a arte futurista?...........
Pretende apresentar alguma invenção? ....
Tem amor á natureza? ....
Gosta de passeio no campo, de ver paisagens, de ouvir os passaros cantarem, de apreciar o mar, de observar os animaes, etc.? ....
Tem espirito acanhado, rotineiro, é duro de cabeça? ... . Sente attracção pelas pessoas com quem convive ou ao contrario, é mais ou menos indifferente a ellas e ao que se passa ao redor de si? .... E' capaz de um grande sacrificio por seus paes, filhos ou outra pessoa de sua familia? ....
Qualquer cousa que se passa de maneira opposta ao seu modo de ver (entender) causa-lhe soffrimento? .... Por vezes tem a impressão de que o momento que está vivendo (o momento de agora) já se passou em sua vida? ....
Tem prazer em viver uma vida retraida (recolhida) afastada da convivencia das outras pessoas, pensando e occupando-se só do que lhe é agradavel pensar e fazer? .. .. E' desconfiado? ....
O facto de ter de tratar com pessoas que nunca viu o perturba e então atrapalha-se quando vae falar? .... Ao fallar serve-se de termos empolados, de linguagem e maneiras affectadas? ....
Frequenta a igreja por que crê sinceramente em Deus? .... E' carola ou ao contrario, procura dar a impressão de que é religioso sem o ser? .... E' descrente? ....
Preoccupa-se em saber a impressão que causa aos outros? .... Si lhe querem mal? ....
Si commetteu (deu) uma rata? ....
Preoccupa-se com encontrar um meio de fazer os homens felizes? .... Em occasião em que

todos se perturbam, ficam nervosos, não sabem o que fazer, o Sr. é impassivel e não se perturba? ....

Tem prazer com a desgraça dos outros? ....

Desde moço (ou moça) é tido pelos parentes ou pelas pessoas com que anda como não sendo bem certo do juizo? .... Na escola e no serviço militar era a chacota dos companheiros que o achavam esquisito? .... Preoccupa-o muito causar boa impressão aos outros, ser bem conceituado, ser tido como cuidadoso, cumpridor de seus deveres? .... Quando estava no collegio tinha muitos amigos ou antes, tinha poucos ou mesmo nenhum amigo? .... Sente necessidade de contar ás outras pessoas o que sente, pensa, quer, ou ao contrario, evita que os outros saibam seus pensamentos e conheçam sua vida particular? ....

Quando conversa, agrada os outros por prazer de agradar (porque gosta da pessoa) ou só por dever de delicadeza? .... Vive em paz com a familia ou maltrata sob qualquer pretexto, mulher e filhos? .... Porta-se de maneira a fazer crer que é superior aos outros? ....

E' distraido, parece que anda no mundo da lua? .... Si lhe falam não responde porque está pensando noutra cousa? ....

Estabeleceu regras para sua maneira de viver e della não se afasta? .... Gosta de ter o que é seu em ordem, de ter horas certas para trabalhar, comer, dormir, passeiar e divertir-se? ....

E' exaggerado e exclusivista no modo de pensar? .... Não admitte meio termo, ou tudo ou nada? .... Tudo hade se fazer como entende (quer) ou então não quer nada? ....

Ama as mulheres como o commum dos homens com desejo de abraçal-as, beijal-as, fazer vida commum com ellas ou se satisfazer em vel-as de longe e imaginar-se feliz si as possuisse, em adoral-as como creaturas differentes das outras? ....

Fazer-lhe mal o contacto com o vulgar da vida? .... E' bohemio, desleixado (relaxado) preguiçoso? .... Qual é o seu orgulho do tempo de collegio ou de agora? ....

Quaes os divertimentos que prefere? ....
Que especie de individuos escolhe para seus companheiros ou como são seus companheiros? ....
Seu appetite sexual é exaltado, diminuido ou pervertido? .... Quaes os seus habitos de vida? ....

Molestia actual

A que causa é attribuida a molestia actual? .... Quando se manifestou? ....
Que fazia ou dizia o paciente para que se suspeitasse a alienação mental? ....
Como se apresenta o paciente no momento actual? .... Teve ataques, paralysias, perturbação da palavra, ictus (congestão cerebral)? .... durante quanto tempo? .... Submetteu-se a tratamento medico e
Qual o tratamento instituido? .... durante quanto tempo? ....
Já apresentou anteriormente disturbios mentaes? .... Foi internado alguma vez em Hospital ou Casa de Saude para Psychopathas? ....
Quando e durante quanto tempo? ....
Tem mais alguma cousa a informar? ....
Em se tratando de mulher: Com que idade foi menstruada? .... A menstruação apparece todos os mezes? .... Qual a quantidade muito, pouco ou regular? .... Vem acompanhada de dores no ventre? .... Dura quantos dias? ....

Em doenças de crianças Hutinel tem como habito, deitado o doentinho, começar-lhe o exame dos pés para a cabeça, pois assim será mais difficil escapar qualquer elemento diagnostico de valor.

Em psychiatria, não se vai examinar o doente dos pés para a cabeça, mas é preciso ir com methodo e muitas vezes abstrahir de informes fornecidos por elle mesmo.

Qundo se recebe um alienado, é preciso indagar das pessoas que o trouxeram, qual o motivo, pelo qual elle precisa dos cuidados de um especialista.

Ha então o *exame indirecto* que pode ser *commemorativo* e *anamnestico*.

Indaga-se o que elle fez, para que fosse tido como alienado, e qual a vida delle antes do disturbio mental.

Se diante de nós se apresenta um parente, será necessario indagar delle si nos antepassados não ha qualquer caso de doença mental, ou qualquer disturbio nervoso mais ou menos accentuado. Indaguem-se as condições, em que o individuo nasceu, se o parto em que veiu á luz, foi bom, si houve syphilis ou alcoolismo nos progenitores e si nestes occorreram grandes abalos moraes, no momento em que a procreação e gestação se deram.

Investigue-se a existencia de convulsões nos primeiros tempos da vida. Indague-se a idade, em que começou a andar, bem como a epocha da evolução dentaria com os seus accidentes nervosos.

Si a pessoa que o acompanha, está em condições de fornecer estes dados, procure-se saber se na meninice elle foi doentio e, no caso affirmativo, quaes foram as doenças graves que teve.

Si já houver passado o periodo da puberdade, convém saber como ella decorreu.

Deve-se comparar pelos informes a vida anterior do doente com a actual.

Deve-se pedir á familia ou á pessoa entendida que o acompanhou, que seja bem minuciosa na descripção do que vem elle fazendo, para que se arraigasse a suspeita de que seja alienado.

Tudo isso tem uma grande importancia, para que se possa ter com segurança um diagnostico certo.

A s vezes, o individuo vem inteiramente desacompanhado de quem quer que seja que possa dar uma informação, com um simples soldado de policia que traz uma guia que nada esclarece.

No Dec. n.º 17.805 de 23 de Maio de 1927 que approvou o Regulamento para execução dos serviços de

Assistencia a Psychopathas no Districto Federal, ha no seu artigo 144 a exigencia para internação de um individuo supposto alienado, de uma guia contendo o nome, a filiação, a naturalidade, a idade, o sexo, a côr, a profissão, o domicilio, o estado civil, os signaes physicos e physionomicos do individuo suspeito de perturbação, bem assim outros esclarecimentos quando se possam colligir e façam certa a identidade do enfermo — é uma exposição dos factos que comprovem a perturbação mental e dos motivos que determinaram a detenção do enfermo, caso tenha sido feita.

Isto é indispensavel para a internação de qualquer alienado, mas frequentemente este documento falha. O commissario de policia recebe o doente que estava praticando desatinos, de nada mais indaga e o remette com uma guia omissa para o Hospicio.

E' este o motivo, pelo qual é muitas vezes do proprio doente que se vai colher o que interessa quanto aos commemorativos de familia e á anamnese pessoal. O Dr. Florencio de Abreu, distincto Assistente da Clinica Psychiatrica, apresentou em Abril de 1928 um eschema de exame psychiatrico, muito bem feito, e que estabelece a seguinte norma:

ESCHEMA DE EXAME PSYCHIATRICO

- I. Identificação ....
  - Nome
  - Idade
  - raça-nacionalidade
  - estado civil
  - profissão
  - retrato-impressões digitaes)
- II. Inspecção geral ....
  - attitude
  - typo
  - estygmas physicos de degeneração
  - facies
  - mimica
  - estereotypias
  - palavra ...
    - dyslogias
    - dysphasias (aphasias)
    - dyslalias (dysarthrias)

- III. Anamnése ....
  - commemorativos de familia
  - commemorativos pessoaes
  - commemorativos da doença

- IV. Exame psychico
  - Intellectualidade......
    - percepção...
      - attenção
        - paraprosexia
        - hyperprosexia
        - hypoprosexia
        - aprosexia
      - sensação
        - allucinações
        - illusões
          - sensoriaes (*auditivas, visuaes, gustativas, olfactivas, tactis*).
          - motoras.
          - cenesthesicas
        - associações morbidas da percepção
    - memoria....
      - fixação: amnesia anterograda
      - evocação: amnesia retrograda
        - (fixação e evocação:) paramnesia
    - ideação.....
      - delirios de imaginação
      - delirios de interpretação
        - perseguição, auto-accusação, grandeza, mystico, onirico, hypocondriaco, denegação, erotico, metabolico, etc.
    - associação de idéas......
      - geral: incoherencia
        - funccional
        - organica
      - parcial: obsessão intellectual (*loucura da duvida*)
  - Vontade.....
    - abulias......
      - acção (*impulsões inconscientes*)
      - inhibição (*perda da iniciativa*)
    - dysbulias...
      - geral (*indolencia, irresolução, inconstancia, timidez, inercia,* etc..
      - parcial: obsessão impulsiva (*cleptomania, dypsomania,* tics, etc.)
  - Sensibilidade.......
    - affectividade sentimentalidade......
      - egophilia
      - amoralidade
    - emotividade.
      - geral
        - emoção
        - humor
      - parcial: obsessão emotiva ou phobia (*agoraphobia, nosophobia,* etc.).
    - instinctividade.........
      - conservação
      - reproducção: sexuaes (*impotencia, sadismo, masochismo, uranismo,* etc.
    - cenesthesia.
      - autoscopia interna: cenesthopathias
      - autoscopia externa: deuteroscopia

V. Eaxame somatico....	motilidade sensibildade objectiva reflexos apparelho circulatorio apparelho respiratorio apparelho digestivo apparelho uro-genital systema endocrino-sympathico
VI. Subsidios de laboratorio	psychometria exames de liquor, sangue, urina, fézes, etc.

Auctores ha que aconselham começar o exame pelos dados anthropometricos, ausculta do coração, pulmões, etc., e só no fim proceder ao interrogatorio, etc. Não me parece pratico.

Sempre se deve começar pelo *exame psychologico.* Deve-se olhar, escutar, sentir e raciocinar.

Como o alienado póde ser um aggressivo, é conveniente segurar-lhe as mãos, num gesto carinhoso, como si não as quizesse tolher.

E' indispensavel captar-lhe absoluta confiança.

Si elle desconfia do medico, nada lhe contará.

E nada é mais difficil do que fazer a *psychoscopia,* isto é, apprehender o pensamento de quem quer que seja.

Ha quem aconselhe que o medico se apresente como negociante que vem tratar de questões commerciaes, como advogado que vem procurar defendel-o, emfim, que dispa as suas roupagens e illuda o doente com um feitio que não é o seu.

Sempre me repugnou proceder desta fórma e acho que nunca, em tempo algum, a gente deve fingir ser o que não é. Demais, a illusão pouco tempo persistirá e quando elle percerber que foi enganado, nada mais se logrará obter.

O que, quando, quem, como, porque e em consequencia de que — eis os quesitos fundamentaes que num curso de semiologia psychiatrica que fiz em Paris em 1913, o professor Laignel - Lavastine estabelecia.

Que fez o alienado para que fosse internado, quando tal occorreu, quem foi o causador disto, como foi elle agarrado, porque o prenderam e em consequencia de que está elle soffrendo tal reclusão?

Si isto é muito pratico, nem sempre se póde fazer, pois si o individuo começa a narrar com detalhes o ponto

culminante de seu delirio, por fórma alguma deve ser interrompido.

Deve-se conversar longamente e mostrando-se interessado pelo que vai dizendo, observar bem o modo porque se apresenta e procede.

Faz-se então o *exame directo* que incide sobre o proprio alienado, constituindo-se elle pela *inspecção* e *interrogatorio.*

Pela *inspecção* vê-se o modo, pelo qual o individuo se nos apresenta, como nos olha, as roupagens que ostenta, o desalinho em que se encontra, a agitação motora em que se debate, e as emoções que no seu rosto transluzem.

A inspecção deve ser rapida e muitas vezes é necessario que o doente não perceba que está despertando interesse.

Se fôr ella feita na propria casa do alienado, aproveitar-se-ha o ensejo para vêr o modo, pelo qual elle está adaptado ao seu meio. Deslocado para uma Casa de Saúde, póde succeder que a irritabilidade que isto lhe acarretou, modifique o seu modo de proceder e influencie a maneira, pela qual responda as perguntas que lhe fôrem feitas.

A *mimica* serve para accentuar as emoções que o individuo apresenta, e o pensamento que o domina.

Pela expressão da physionomia póde-se distinguir si ha exaggero ou *hypermimia* e suppressão ou *amimia.*

Na *hypermimia* a movimentação facil é tão abundante que muitas vezes se diffunde pelo corpo todo.

Demais, o individuo faz caretas, tregeitos, chora ou ri desabaladamente, a proposito de qualquer nonada.

Nos estados maniacos em que ha grande actividade cerebral, a mimica é abundante e instavel e é um bom elemento, para que nos não afastemos da pista diagnostica.

Na *hypomimia,* a physionomia placida mal deixa transluzir uma ou outra emoção. E' o que se dá no que engolphado em sua tristeza, desvaira na melancholia.

Na *amimia* ha, segundo Morselli, duas variedades: *asthenica* e *hypersthenica.* No primeiro caso, o doente fica como si estivesse em como: é o que se dá no estupôr.

No segundo caso, ha a persistencia numa attitude contrahida: é o que se verifica na catatonia.

Neste caso ha a contracção tonica de certos grupos musculares, ha tensão muscular, verifica-se resistencia, ao passo que na catalepsia não ha resistencia, não ha

contractilidade voluntaria dos musculos da vida animal que flacidos e passivos recebem e conservam as attitudes que se lhes derem.

Outras vezes ha o que se chama *paramimia,* em que a pessoa apresenta uma exteriorisação emotiva que não corresponde exactamente áquillo, em que parece pensar. E' o que se nota nos doentes de uma fórma clinica, a eschizophrenia em que elles riem, ás vezes, quando se referem a uma cousa triste, e vice-versa.

Deve-se notar tambem si ha *tremores,* se elles são diffusos ou circumscriptos, si são mais ou menos rapidos. Deve-se prestar attenção á existencia de *tiques, movimentos choreiformes, athetosicos, etc.*

Na *linguagem mimica* ha gestos dos membros superiores e da cabeça, que accentúam aquillo que a face deixa transparecer. Assim póde haver, correspondentemente, exaggero ou *hypersemia,* diminuição ou *hyposemia,* suppressão ou *asemia* e disproporção ou *parasemia.*

Começamos a conversar com o doente e notamos as alterações da linguagem falada. Ha *dyslogia* quando fala direito, revelando, porém, disturbios intellectuaes; ha *dysphasia* quando ha difficuldade em se utilisar da palavra, e, finalmente, *dysarthria,* quando se resente a articulação da palavra.

Na *dyslogia,* póde o alienado systhematicamente falar em voz de falsete, em surdina ou gritar demasiadamente.

Póde falar sempre a cantar. Na *verbigeração* ha a emissão constante, num tom declamatorio, de palavras que não têm valor algum ou são muito banaes.

A's vezes, ha o monologar constante e isto é um indicio frequente de que o doente tem allucinações. Elle fala sósinho respondendo ao que pensa ouvir.

O individuo póde apresentar-se com uma tal exuberancia de linguagem, que passa de um assumpto, leviana e precipitadamente, para outro.

Ha então a *lalomania.*

Póde a precipitação ser tal, que muitas palavras sejam omittidas.

Outras vezes ha o *mutismo vesanico* e o individuo não articula uma só palavra. Este caso ainda póde depender de um estado allucinatorio e o silencio ser motivado por uma ordem que tal lhe imponha, ou pela attenção que deva prestar ao que mais o interesse.

Outras vezes vê-se o doente com *angophrasia*, isto é, intromettendo a cada passo no que vai dizendo, uma mesma palavra, uma mesma syllaba.

Na *embololalia* ha mesmo a intromissão de phrases inteiras que podem ter um cunho obsceno(coprolalia).

E' preciso prestar attenção á *linguagem reflexa*, de Robertson, em que phrases banaes, muito repetidas, acódem como resposta sem significação ao que se pergunta.

Observe-se tambem se o doente diz incoherencias e si emprega a cada instante neologismos.

Estes factos, a que me refiro, despertam interesse e suscitam attenção, logo á simples inspecção.

Inicia-se então o *interrogatorio* do doente e é preciso nelle proceder com grande habilidade.

Perguntando-se qual o motivo, por que foi preso e levado para um estabelecimento de alienados, faz-se mistér que se dê toda attenção ao que elle contar e que nem uma só vez um sorriso zombeteiro venha sublinhar que é ridiculo o que vem contando. Deve o clinico parecer sempre que partilha da convicção delirante que o observado mantém.

Não deve, por fórma alguma, ridicularisar uma cousa que elle receba por meio de uma allucinação, mas que nem por isso deixa de sentir tão bem como qualquer de nós.

Convencer a quem escuta uma voz, de que tal cousa não existe, será trabalho inteiramente improficuo, pois, embora seja tudo o producto de uma irritação cerebral, o mechanismo intimo, pelo qual elle sente, é o mesmo que nos orienta sobre a realidade.

Si no interrogatorio o alienado se espraiar em certos pormenores, convém muito frequentemente que o não atalhemos. Basta que elle desconfie, para que nada mais conte.

Nunca se deve usar o systema de perguntas sempre as mesmas: o methodo de exame é que é uniforme. Si no descrever o motivo, porque está preso, elle começa a contar uma perseguição que se lhe move, é preciso, parecendo interessar-se pela sua defesa, buscar os detalhes do facto.

Nunca se deve interrogar, como si houvesse a suspeita de que se agisse com um louco.

Deve-se perguntar a elle o que occorreu um certo tempo antes da reclusão, si se comprazia no meio familiar,

no lugar em que trabalhava, si inimigos já o vinham irritando e de que fórma o faziam.

Para que se empregue com vantagem o methodo subjectivo, é preciso que se faça o doente analysar-se e contar-nos o que sente. E' o resultado desta introspecção que muito concorrerá para uma boa diagnóse.

O resultado disto nos é fornecido pela palavra ou pela escripta e quando aquella se mostrar omissa e reticente, um caderno de papel e o pedido de nelle vasar tudo quante sentiu, bastam muitas vezes, para que confidencias extravasem por escripto, que oralmente se silenciavam.

Quando não haja a faculdade do alienado bem descrever o que sinta, só haverá o recurso do methodo em que se constatam as modificações exteriores que correspondem aos estados de consciencia.

No exame é sempre muito activa a parte do clinico, que deve orientar o seu interrogatorio, de que poderá colher com habilidade o maximo resultado.

No interrogatorio encontra o clinico elementos para avaliar si o doente é ou não capaz de prestar *attenção* ao que se lhe diz, si na indignação dos factos recentes ou remotos a *memoria* é sempre nitida, si ha obsessões e delirios como disturbios de *ideação,* si ha allucinações e illusões como transtornos da *percepção,* si a *affectividade* está bem conservada, si a *emotividade* e a *volição* estão bem nitidas.

Ha casos, em que o interrogatorio deve durar muito tempo e deve, ás vezes, haver necessidade de pedir um prazo de quinze dias, para que num repetido interrogatorio possa colher tudo, de que necessita para completo esclarecimento clinico.

Buscando mostrar-se inteiramente solidario com o doente, é preciso captar-lhe absoluta confiança e sò assim este vasará todas as suas confidencias.

E' um facto que tenho muitas vezes observado, a grande relação que offerece a vida sexual com a vida psychica, e no mysterio com que se envolver aquella, se encontra um grande tropeço para esclarecer esta.

Nunca se deve rir do que dissér um alienado: nada mais então se conseguiria.

Não convem dizer ao alienado que o que elle apresenta, é uma allucinação: deve-se attenuar o effeito desta, dizer que ella vai cessar, mas não tentar como já disse,

provar que não existe o que elle sente tão bem como qualquer de nós a realidade.

Depois do alienado ter dito qual o motivo, porque foi trazido á nossa presença, o que occorreu antes disso, qual foi a causa de tudo, deve-se investigar si a perseguição, por exemplo, que se lhe movia, ainda continúa, si passa as noites sem dormir, si percebe constantemente vozes e o que dizem ellas, si o novo meio em que se encontra, é solidario com seus inimigos, si no caso de delirio de grandezas a fortuna tem continuado a evoluir, etc., emfim, comparar o que acontece hoje com o que occorreu hontem.

Depois de ter feito um longo interrogatorio e logrado obter do doente tudo quanto a sua confiança, nos poderia fornecer, uso proceder a uma leve percussão craneana, que pelo signal de Mac Ewen revelerá pela massicez e dôr circumscriptas a existencia de um tumor ou qualquer outra compressão cerebral.

Já será então mais facil pesquizar os signaes morphologicos, pois o doente então não desconfiará do nosso exame.

Olhando-se para o craneo, deve-se vêl-o de diante, de traz, do lado e de cima.

Na inspecção reconhecem-se a fórma e volume craneanos, sendo que ha o methodo da *norma anterior,* de Prichard, quando se olha de diante para traz, o da *norma posterior,* de Laurillard, quando de traz para diante, o da *verticalis,* de Blumenbach, quando, de cima para baixo, e o da *lateralis,* de Camper, quando de perfil.

Por este exame já nos é dado conhecer se ha *microcephalia* ou craneo muito pequeno, *macrocephalia* ou craneo muito grande, *hydrocephalia* ou craneo grande, com feitio de bola, estreitando na base, *plagiocephalia* ou craneo obliquo - ovalar, enviezado, em que coincidem, por exemplo, testa desenvolvida á direita e occipital á esquerda, *escaphocephalia* ou craneo com o feitio de uma quilha de navio, *oxycephalia* ou acuminado, *trigonocephalia* ou triangular e *naticephalia* ou com o feitio de nadegas.

Outr'ora havia a grande preoccupação de se tomar uma série de medidas, para que se escolhiam como pontos principaes de reparo: a glabella ou depressão na raiz do nariz, o ophryon ou lugar de juncção dos supercilios, o vertex ou ponto mais alto do craneo, o inion ou protuberancia occipital externa, o ponto occipital maximo ou o lugar mais saliente na parte posterior do craneo,

o bregma cephalometrico ou ponto approximado da juncção dos parietaes com o frontal, a apophyse orbitaria externa, o ponto mais saliente dos parietaes e o ponto supra-auricular.

Por estes pontos, por meio de fita metrica e compassos de espessura se colligiam medidas, a que se dava grande importancia.

E' o methodo anthropometrico ou de Bertillon.

Hoje tem uma importancia muito secundaria.

Como processo de identificação, o das impressões digitaes ou de Vucetich, é muito superior, pois por este nunca duas pessoas são iguaes, ao passo que por aquelle tal póde succeder.

Demais, o methodo anthropometrico tem o defeito de utilisar um instrumental tão apparatoso como uma fita de chumbo que se amolda na cabeça, um esquadro flexivel auricular que se mette nos ouvidos, o compasso de espessura que se aperta no craneo, etc., que o alienado, muitas vezes já bem desconfiado, fica imaginando que o que iriam martyrisar.

Permitte o methodo que se conheca o indice cephalico que se obtem, multiplicando por 100 o diametro transverso maximo e dividindo o producto pelo diametro antero-posterior maximo. O diametro transverso maximo é marcado no compasso de espessura que fica collocado nos pontos mais salientes dos parietaes de um e outro lado, e o antero-posterior maximo se toma, collocando uma das pontas do compasso na glabella e a outra no ponto mais saliente do occipital.

O indice cephalico permitte que se dividam os craneos em dolicocephalos (de 75 a 77 cms.), mesaticephalos (de 77 a 80) e brachycephalos (de 80 para cima).

Isto igualmente já tem um valor muito relativo em psychiatria e importa sobretudo ao conhecimento bem exacto das raças.

No exame da face, o methodo já occupa tambem plano muito secundario.

São pontos de reparo o ophryon, o ponto mentoniano que fica na extremidade inferior do queixo, o sub-nasal, que fica na juncção do septo do nariz com o labio, o alveolar, que fica na juncção dos dous incisivos superiores com a gengiva, o zygomatico, que corresponde á parte mais saliente da arcada zygomatica, e o auricular, que está no centro do orificio externo do conducto auditivo.

O indice facial obtem-se multiplicando por 100 a distancia ophryo-alveolar e dividindo pelo diametro bi-zygomatico.

Para se ter o diametro bi-zygomatico, colloquem-se uma ponta do compasso no ophryon e a outra debaixo do labio superior, na reborda alveolar.

Para se ter o diametro bi-zygomatico, colloquem-se as pontas do compasso na parte mais saliente das arcadas zygomaticas.

Igualmente, as variações do indice facial servem para bem distinguir as raças.

O indice do rosto obtem-se, multiplicando o diametro bi-zygomatico por 100 e dividindo pela altura do rosto, que é a distancia que vai da implantação dos cabellos na testa ao mento.

O indice craneo - facial obtem-se, multiplicando por 100 a distancia que vai do ouvido ao vertex, e dividindo pela metáde dos diametros antero - posterior e transverso maximos.

As grandes deformações nestes pontos servem para assignalar a degeneração do individuo. Outro não é o seu valor e pequenas variações nas medidas nada significam.

Continuando a examinar o doente, deve-se prestar attenção ás orelhas que se podem apresentar muito deformadas.

Isto igualmente tem importancia relativa, pois si se collocar uma criança duradouramente numa posição viciosa que deforme a orelha, esta póde ficar para sempre com um defeito que não provará degeneração. Só merece attenção para o criterio degenerativo o estygma que se apresenta associado a muitos outros.

A orelha póde mostrar-se toda desenrugada, como achatada, tendo a helix e ante - helix muito baixas. E' a orelha acabanada, de Morel.

Orelha de Darwin é a que tem um nodulo na parte postero - superior da helix.

Orelhas de Blainville são as que se apresentam asymetricas, sendo bem differentes uma parte de um lado da correspondente do lado opposto.

Orelha de Wildermuth é a em que a ante-helix é muito alta, fórma um relevo, e a helix fica abaixada, achatada.

Orelha de Stahl é a em que as pernas que limitam a fosseta inter-auricular se prolongam.

A's vezes, ha um tumor como um ovo de pomba, o othematoma, que se encontra no concavo auricular.

Prestando-se attenção aos olhos, deve-se notar antes de mais se ha saliencia ou depressão dos globos oculares.

No epicanthus ha uma pellicula que reveste um canto do olho. No olho mongolico ha um feitio obliquo, que o assemelha ao do chinez.

Póde haver microphtalmia ou cornea muito pequena e hydrophtalmia ou muito grande.

Póde haver irideremia ou ausencia congenita da iris, policoria ou muitas aberturas nella, coreptopia ou situação anormal da pupilla, discoria ou desigualdade pupillar, catarata congenita, ectopia congenita do crystallino, etc.

Olhando-se para o nariz, deve-se reparar se ha a depressão em sella, propria aos heredo-syphiliticos.

Póde ser muito longo ou leptorhyniano, médio ou orthorhyniano, e chato ou platyrhyniano.

No exame da bocca deve-se prestar attenção á implantação dos dentes, se ha a chanfradura syphilitica, se ha a perfuração da abobada palatina, divisão da uvula, lingua com cicatrizes, etc.

Deve-se depois inspeccionar o thorax e os membros. Deve-se notar se aquelle tem deformações rachiticas. Póde haver a existencia de mamas no homem (gynecomastia), e a ausencia na mulher (amastia). Demais, póde ser asymetrico, exaggeradamente fornido de pêllos ou inteiramente glabro nas partes em que normalmente o não é.

O exame dos membros assignalará o caso de haver ectromelia ou ausencia de um membro, hemimelia ou falta do segmento inferior, phocomelia ou falta da porção mediana, symelia ou juncção dos membros inferiores, polydactylia ou augmento dos dedos, magalodactylia ou volume exaggerado de um ou muitos dedos, macrodactylia ou numero maior das phalanges, ectrodactylia ou diminuição do numero de dedos, brachydactylia ou diminuição do numero das phalanges, atrophia congenita de um ou muitos dedos e syndactylia ou soldadura dos dedos.

No exame dos orgãos genitaes é preciso haver muita cautela. A mulher póde desconfiar ou irritar-se com um exame intempestivo que se lhe faça, attribuindo talvez ao medico qualquer proposito immoral. Por outro lado, um individuo que é onanista, acolhe irritadissimo, muitas vezes, um exame, em que esta suspeita se antolhe.

O exame deve ser feito de um modo muito discreto e cauteloso.

Inspeccionando-se a pelle, deve-se notar se ha nella manchas que attestem a syphilis, ou cicatrizes que denunciem quédas.

Depois deve-se fazer o exame cuidadoso dos pulmões, coração, figado, baço, estomago, intestino, rins, etc., já sendo então tudo muito mais facil, pois já se presume assegurada a confiança do doente.

O exame é necessario, pois é bem estreita a relação que mantem a alienação mental com o funccionamento dos orgãos da vida vegetativa.

Deve-se tambem fazer o exame da sensibilidade e assignalar os seus disturbios, o da motilidade e constatar o que houver irregular, e bem esmerilhar os reflexos, a vêr como se comportam.

Deve-se attentar bem no modo, por que se comporta a cenesthesia, e verificar si ha perturbações trophicas ou vaso-motoras.

Posteriormente, recorrer-se-ha ao gabinete de psychologia, a fazer psychometria clinica. Deve-se empregar o psychometro de Buccola, que por meio do chronoscopio de Hipp permitte o conhecimento da duração dos actos psychicos elementares e, por meio deste valor, o do pensamento e da vontade. Em minha these inaugural, que versou a duração dos actos psychicos elementares nos alienados, fiz numerosos ensaios que deram para média nos individuos sãos 0",200 e nos alienados valores que oscillavam conforme o typo clinico e que iam até mais de 2" e 3".

Este exame tem muito valor e permitte esclarecer bem a psychoscopia do alienado.

Mande-se depois o doente ao gabinete de biologia clinica, para que se examinem as urinas, se proceda á analyse do sangue e do liquido cephalo-rachidiano.

Sempre que fôr possivel, nunca se deve olvidar o fazer a pesquiza de reação de Wassermann, quer no sangue, quer no liquido, pois isto permittirá que instituamos um tratamento especifico que possa trazer uma cura rapida.

Cada vez mais se faz preciso o auxilio do laboratorio ao clinico e muitos problemas têm ficado assim inteiramente esclarecidos.

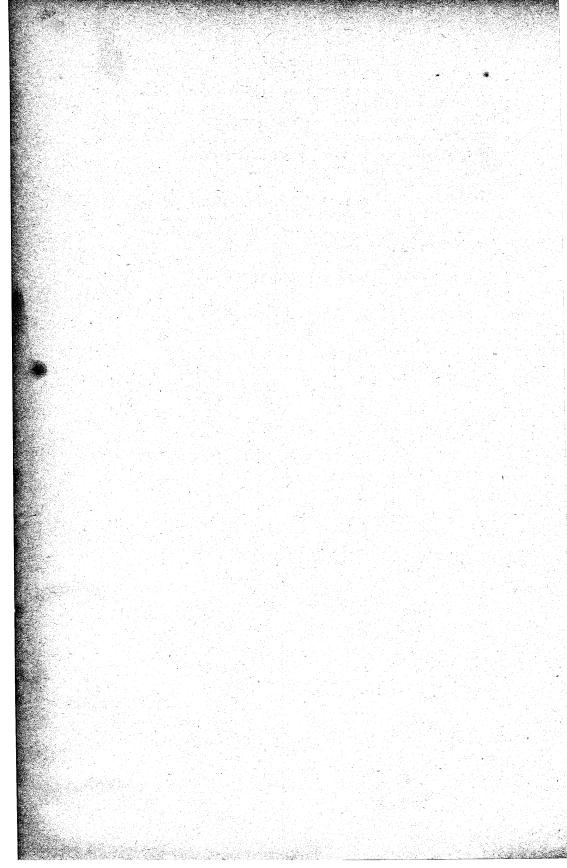
O laudo do exame pericial não é apresentado no mesmo momento, exige dias, e, emquanto o medico volta

a examinar o doente, o laboratorio prepara os elementos que o clinico lhe solicitou.

Este é o methodo que se deve seguir no exame de qualquer alienado.

Obedecendo rigorosamente a elle, não será facil olvidar qualquer elemento importante que obste o perfeito esclarecimento clinico.

O medico terá assim auferido elementos valiosos, para que a diagnóse se antólhe bem exacta, arrimada escrupulosamente em dados clinicos que com paciencia, carinho e intelligencia foram sendo colhidos a pouco e pouco.

Só assim será perfeita a observação clinica.

CLASSIFICAÇÕES

Numa sciencia nova como a psychiatria, em que os progressos reaes datam de pouco mais de meio seculo, é verdadeiramente extraordinario o numero de classificações que têm sido feitas.

Póde-se dizer que cada auctor apresenta a sua, mais ou menos complexas, mais ou menos detalhada, invocando argumentos multiplos que a tornem a mais perfeita.

Farei excepção á regra, pois entendo que o exaggêro de classificações estabelece a confusão em psychiatria e torna difficil qualquer trabalho estatistico. Si se fizesse como em botanica, em que quando se cita o nome scientifico de uma planta, se accrescenta o nome do observador que lh'o deu, o mal não seria grande.

Cada molestia viria acompanhada pelos diversos nomes que os auctores lhe deram, com referencia ás classes em que a collocaram. Estabelecia-se assim a synonymia scientifica. Isto não é, porém, o que se dá.

Quando o auctor se refere a um doente de psychose maniaco-depressiva, fórma maniaca predominante, não cuida de fazer lembrar que esta corresponde ao typo mania dos auctores antigos.

De sorte que, sommando-se os doentes de um estabelecimento, poder-se-hia computar em quadros distinctos o que na mesma symptomatologia se funde.

Comprehendendo a difficuldade que havia em se conseguir em cada caso clinico a referencia constante ás variadas classificações, cuidou a Sociedade de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal de estabelecer uma que fosse adoptada uniformemente no Hospital Nacional de

Alienados e nas nossas Casas de Saúde para Psychopathas.

Para este fim constituiu ella uma Commissão, formada pelos Professores Juliano Moreira, Afranio Peixoto, Austregesilo, Dr. Carlos Eiras, e por quem escreve estas linhas.

Depis de alguns dias, fundamentámos uma em que collocámos as idéas modernas em psychiatria, tendo sido ella unicamente approvada e mandada adoptar pela Sociedade.

E' a seguinte a Classificação, a cujo proposito additarei ulteriormente commentarios.

CLASSIFICAÇÃO DA SOCIEDADE DE PSYCHIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL

1. Psychoses infecciosas.
2. Psychoses auto - toxicas.
3. Psychoses hetero-toxicas (alcoolismo, morphinomania, cocainomania, etc.).
4. Demencia precoce. (Eschizophrenia, na epocha actual).
5. Delirio systematisado allucinatorio chronico. Paraphrenias.
6. Paranoia.
7. Psychose maniaco - depressiva (psychose periodica), fórmas: maniaca predominante, depressiva predominante e mixta.
8. Psychose de involução.
9. Psychoses por lesões cerebraes e demencias terminaes (arterio-esclerose, syphilis, etc.).
10. Paralysia geral.
11. Psychose epileptica.
12. Psychoses ditas nevrosicas (hysteria, neurasthenia (psychasthenia e nervosismo) e choréa).
13. Outras psychopathias constitucionaes (estados atypicos de degeneração).
14. Imbecilidade e idiotia.

Entre outras multiplas classificações, tres merecem tambem que aqui sejam apresentadas: a que foi organisada pelo erudito e mallogrado Professor Marcio Nery, que exerceu, com brilho, durante annos, o magisterio na Faculdade; a que foi estabelecida pelo Professor Teixeira Brandão, criador da psychiatria brazileira; e a que foi

feita pelo Professor Kraepelin, cujo curso segui em Munich, o qual foi, indiscutivelmente, auctoridade de grande valor no estudo das doenças mentaes.

CLASSIFICAÇÃO DO PROFESSOR MARCIO NERY

1.º GRUPO

MOLESTIAS MENTAES DE INDIVIDUOS, CUJO CEREBRO ATTINGIU PERFEITO DESENVOLVIMENTO

- 1º Psychoneuroses....
  - Devidas a poly-infecções ou intoxicações
  - Prognostico favoravel
  - Evolução seguindo marcha regular
    - Mania...........
      - Excitação maniaca ou mania aguda
      - Mania com furor
    - Melancholia.....
      - Depressão melancholica
      - Melancholia delirante
      - Melancholia com estupôr
    - Confusão Mental
      - Confusão mental transitoria
      - » allucinatoria
      - » com estado attonito (estupidez vesanica).

O prognostico é tanto menos favoravel, quando se consideram as variedades collocadas na ordem indicada.

- 2º Cerebropathias...
  - Prognostico desfavoravel
  - Devidas a poly-infecções ou intoxicações
    - Evolução rapida — Delirio agudo
    - » lenta — Paralysia geral progressiva
    - » » — Demencia senil
  - Consecutivas a alterações organicas dos centros nervosos....................
    - Alcoolismo chronico
    - Esclerose em placas
    - Lues cerebral
    - Tumores cerebraes, etc.

2.º GRUPO

MOLESTIAS MENTAES DE INDIVIDUOS, CUJO CEREBRO PAROU EM SUA EVOLUÇÃO OU EVOLUIU ANORMALMENTE (DEGENERAÇÕES)

- 1º — Paradas de desenvolvimento..............
  - Imbecilidade
  - Cretinismo
  - Idiotia
- 2º — Anomalias de desenvolvimento..............
  - Manifestações precoces....
    - Hebephrenia
    - Paranoia originaria
    - Loucura moral
    - Loucura raciocinante
    - Perversões sexuaes
    - Catatonia
  - Manifestações tardias.....
    - Paranoia tardia
    - Loucuras circulares de dupla fôrma - periodicas.
    - Loucuras querellantes.
    - Nevroses
      - Hysteria
      - Epilepsia
      - Choréa
      - Neurasthenia hereditaria, etc.

Demencias consecutivas.
Fórmas chronicas ou terminaes.

CLASSIFICAÇÃO DO PROFESSOR TEIXEIRA BRANDÃO

1.º — Perturbações dynamicas, tendo por base desordens affectivas, acompanhadas das modificações psysiologicas que as traduzem.

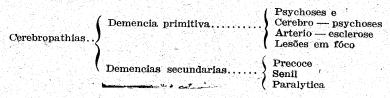
- Psychose....
  - Mania.........
  - Lypemania....
  - Delirio geral...
    - Excitação maniaca
    - Mania propriamente dita ou typica
    - Apathica
    - Delirante

- Psychose systematisada progressiva ou Delirio Chronico de Magnan— Delirio parcial, 4 periodos........
  - Hesitação
  - Perseguição
  - Grandeza
  - Demencia

2.º — Alteração do metabolismo cerebral. Modificação nutritiva do protoplasma cellular.

Cerebro-psychoses — Confusão mental ...... { Estupida / Allucinatoria / Catatonica

3.º — Lesões em fóco ou disseminadas, comprometendo primitivamente ou secundariamente o tecido neuro-epithelial, o vasculo-conjunctivo e o nevroglico.

Cerebropathias..
- Demencia primitiva.......... { Psychoses e / Cerebro — psychoses / Arterio — esclerose / Lesões em fóco
- Demencias secundarias...... { Precoce / Senil / Paralytica

DEGENERAÇÃO

Estados constitucionaes por defeito de evolução embryonaria ou accidental.

Episodios delirantes e crises....
- Estados maniacos, lypemaniacos, peridicos, alternos e sucessivos.
- Paranoia (delirio parcial) (forma representativa inicial).
- Idéas fixas e obsessões
- Phobias
- Impulsos
- Imbecillidade e idiotia

Do Professor Teixeira Brandão foi apresentada a que publicou nos Annaes da Faculdade, e do Professor Kraepelin, será a ultima, a de 1914.

CLASSIFICAÇÃO DO PROFESSOR KRAEPELIN

I. *Loucura por lesões cerebraes.* Commoção cerebral, delirio traumatico, epilepsia traumatica, apoucamento traumatico.

II. *Loucura por doenças cerebraes.*

a) *Doenças cerebraes circumscriptas* meningite (tuberculosa, epidemica), tumores cerebraes, abcesso cerebral, hemorrhagia cerebral, embolia, thrombose, encephalite.

b) *Doenças cerebraes diffusas* — Esclerose multipla, esclerose lobar.

c) *Doenças cerebraes familiares*: Choréa de Huntington, idiotia amaurotica (fórmas de Tay-Sachs e Spielmeyer — Vogt), aplasia axialis extra-corticalis congenita.

III. *Disturbios mentaes toxicos.*

1. *Toxicoses agudas*: Productos metabolicos (uremia, eclampsia, atrophia amarella aguda do figado). Venenos introduzidos (ether, santonina, haschisch, oxydo de azoto, atropina, hyoscina, tropocaina, oxydo de carbono).

2. *Toxicoses chronicas*:

a) Alcoolismo: embriaguez, intolerancia alcoolica (estados complicados de embriaguez). Alcoolismo chronico.
Delirio de ciumes alcoolico, *delirium - tremens.*
Syndromo de Korssakow.
Delirio allucinatorio do bebedor.
Pseudo - paralysia geral alcoolica:

b) Morphinismo agudo e chronico;

c) Cocainismo (embriaguez cocainica, modificações do caracter, delirio cocainico).

IV. *Delirios infecciosos.*

a) *Delirio febril;*

b) *Delirio de infecção* [*delirio inicial* (typho, variola), delirio intermittente, delirio na influenza, na tysica, raiva, septicemia, choréa, delirio agudo, delirio residual, delirio allucinatorio, varioloso, delirio de collapso];

c) *Confusão mental aguda* (amentia);

d) *Estados de enfraquecimento mental infeccioso* (máu humor, delirio, apoucamento mental, demencia aguda, cerebropathia psychica toxemica).

V. *Disturbios psychicos lueticos*:

Neurasthenia syphilitica.
Disturbios psychicos nos tumores gommosos.
Pseudo - paralysia syphilitica (demencia syphilitica, fórmas delirantes, fórmas expansivas, syndromo de Korssakow luetico).
Lues cerebri-apoplectica.
Epilepsia syphilitica.
Fórmas paranoides.

Disturbios mentaes tabidos.
Disturbios mentaes heredo - syphiliticos.

VI. *Demencia paralytica.*

Fórma *demencial*, syndromo Korssakow.
Fórma *depressiva* (estados de estupôr, catatonico e paranoide).
Fórmas *expansivas* (fórma classica e fórma circular).
Fórma *agitada* (fórma galopante).

VII. *Disturbios mentaes senil e pre-senil.*

a) *Loucura pre-senil*: — melancolia, estados anciosos, catatonia tardia, estados depressivos, estado ansioso terminando em apoucamento (Verblödung), estados depressivos com accentuado apoucamento, estados de excitação com apoucamento, fórmas paranoides (delirio de prejuizo senil);

b) *Loucura arterio - esclerotica*: estados de enfraquecimento mental arterio - esclerotico, apoucamento mental arterio - esclerotico, estados de depressão, estados de excitação, epilepsia tardia, apoucamento post-apoplectico;

c) *Demencia senil*: estados de depressão, estados de estupôr, delirio senil, presbyophrenia, delirio de perseguição senil e doença de Alzheimer.

VIII. *Psychoses thyreogenas.*

a) *Disturbios psychicos na doença de Basedow;*
b) *Psychose myxedematosa;*
c) *Cretinismo;*

IX. *Enfraquecimentos psychicos endogenos* (die endogene Verblödungen):

a) *Demencia precoce.*

1. Demencia simples.
2. Deterioração nescia (Läppische Verblödung). *Hebephrenia.*
3. *Deterioração depressiva e estupôr.*
4. *Deterioração depressiva com delusões.*
5. Fórmas: *circular, agitada* e *periodica.*
6. *Catatonia* (excitação catatonica, estupôr catatonico (melancolia attonita).

7. Fórmas *paranoides* (demencia paranoide gravis, dem. par. mitis, allucinatoria e paranoide).
8. *Schizophasia* (confusão de falla (Sprachverwirrtheit).

B — *Paraphrenias* (deteriorações paranoides (die panoiden Verblödungen).

Paraphrenia systematica, expansiva, confabulatoria e *phantastica.*

X. *Loucura epileptica.*

Epilepsia convulsiva, epilepsia psychica, para-demencia epileptica.

XI. *Psychose maniaco - depressiva.*

a) *Estados maniacos*: hypomania, hypermania, fórmas delusoria e allucinatoria, fórmas delirantes;

b) *Estados depressivos*: melancolia simples, estupôr, melancolia grave, mel. paranoide, mel. phantastica, mel. delirante;

c) *Estados mixtos*: mania depressiva, depressão agitada, mania improductiva, estupôr maniaco, depressão com fuga de idéas, mania coacta, mania furiosa.

XII. *Doenças psychogenas.*

1. *As nevroses da actividade* (ponopathias).

a) Exhaurimento nervoso (*Hypocondria* e *neurasthenia*).

b) *Nevrose de expectativa* (dôres de habito, akinesia algera).

2. *Psychoses de relação* (Homilopathias).

a) *Psychose induzida;*

b) *Delirio dos surdos.*

3. *Psychoses circumstanciaes* (symbantopathias).

a) *Nevrose de accidente, nevrose de medo, nevrose traumatica;*

b) *Disturbios psychicos dos encarcerados;*

c) *Delirio dos querelantes.*

XIII. *Hysteria.*

XIV. *Paranoia.*

XV. *Estados morbidos originarios.*

a) *Nervosidade;*
b) *Nevrose coacta* (idéas coactas, probias);
c) *Loucura impulsiva;*
d) *Aberrações sexuaes.*

XVI. *Personalidade psychopathicas.*

a) Os irritaveis;
b) Os instaveis;
c) Os instinctivos;
d) Os tocados;
e) Os mentirosos e fraudadores;
f) Os antisociaes;
g) Os disputadores.

XVII. *Oligophrenias* (paradas de desenvolvimento psychico).

Idiotia;
Imbecilidade;
Debilidade mental.

Em Novembro de 1928 coube-me relatar em Buenos Ayres o thema official na 1.ª Conferencia Latino Americana de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, o qual versava: *Contribuição para uma Classificação das Doenças Mentaes nos Paizes da America Latina.* Mostrei como tinha sido fundamentada a clasificação da Sociedade Brasileira de Psychiatria e a cotejei com a Classificação Argentina feita pelo notavel Prof. Dr. José Borda que fôra officialisada por unanimidade de votos no Segundo Congresso Nacional de Medicina, na Argentina, em 1922, e seguida pela Universidade de Buenos Ayres, do Littoral e de Cordoba, e outrosim conhecida e estudada nas Universidades Sul-Americanas do Uruguay, do Chile e do Perú.

A Classificação Argentina é a seguinte:

Alienação mental { Congenita / Adquirida }

A alienação mental congenita comprehende a idiotia, a imbecilidade, etc.

A alienação mental adquirida póde desenvolver-se em individuos anormalmente constituidos e em individuos normalmente constituidos.

A alienação mental adquirida que se desenvolve em individuos desharmonicamente constituidos (psychopathias dos enfermos hereditarios) comprehende: excitação maniaca, depressão melancolica, delirio polymorpho, delirios systematisados com allucinações (agudos e chonicos) e sem allucinações, comprehendendo estes o delirio de interpretação de Serieux e Capgras, o delirio de reivindicação e o delirio dos perseguidos-persiguidores.

A alienação mental em individuos normalmente constituidos comprehende psychopathias sem demencia e com demencia.

O primeiro grupo abrange: 1.°, vesanias (mania essencial, melancolia essencial, loucuras periodicas [loucura maniaco-depressiva], delirio systematisado progressivo [typo Magnan]; 2.°, loucuras toxicas; 3.°, loucura infecciosas; 4.°, loucuras neuropathicas, 5.°, loucuras traumaticas sem deficit organico definitivo).

As psychopathias com demencias pódem ser com demencia primitiva ou secundaria. As com demencia primitiva comprehendem: a demencia precoce, a demencia paralytica, a demencia senil, a choréa chronica e a demencia organica por hemorrhagia cerebral, amollecimento, syphilis, tumores e traumatismos cerebraes.

As psychopathias com demencia secundaria compreprehendem demencias vesanicas, demencias terminaes de algumas psychopathias dos degenerados hereditarios, demencias toxicas, demencias post-infecciosas e demencias neuropathicas.

O notavel scientista argentino Prof. Adolfo Sierra em Janeiro de 1927 a preconisára na excellente Revista Argentina de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal.

Mostrei naquella occasião que a Classificação da Sociedade Brasileira de Psychiatria era preferivel por ser mais synthetica, mas accrescentei que poderia haver um accôrdo, fundindo elementos de uma e de outra.

A modificação consistiria em collocar a paranoia, a paraphrenia, o delirio systematisado allucinatorio chronico e os estados atypicos de degeneração no grupo de alienação mental adquirida por individuos desharmonicamente constituidos.

Nas psychopathias adquiridas por individuos normalmente constituidos, sem demencia, inscrever-se-hiam a

psychose maniaco-depressiva, psychoses infecciosas, psychose auto-toxica, psychoses hetero-toxicas, psychoses epilepticas e psychoses nevrosicas.

Nas psychopathias com demencia primitiva haveria demencia precoce, paralysia geral e demencia senil.

Nas psychopathias com demencia secundaria caberiam: a psychose de involução e as psychoses por lesões cerebraes e demencias terminaes.

Apezar da bôa vontade dos representantes da Argentina, não houve accôrdo no se tomar uma resolução definitiva.

Em 27 de Dezembro de 1933 o Conselho da Associação Psychiatrica Americana approvou a seguinte Classificação adoptada nos Estados Unidos da America do Norte: 1 — psychose com meningo-encephalite syphilitica — 2 — psychoses com outras fórmas de syphilis do systema nervoso central — 3 — psychoses com encephalite epidemica — 4 — psychoses por outras doenças infecciosas — 5 — psychoses alcoolicas — 6 — psychoses devidas a drogas ou outros veneneos exogenos — 7 — psychoses traumaticas — 8 — psychoses com arterio-esclerose cerebral — 9 — psychoses com outras perturbações da circulação — 10 — psychoses com perturbações convulsivas — 11 — psychoses senis — 12 — psychoses de involução — 13 — psychoses devidas a outras affecções com perturbações do metabolismo — 14 — psychoses por neoplasmas — 15 — psychoses associadas a alterações organicas do systema nervoso — 16 — psycho neuróses — 17 — psychoses maniaco-depressivas — 18 — demencia precoce (eschizophrenia) — 19 — paranoia e syndromos paranoides — 20 — psychoses com personalidade psychopathica — 21 — psychoses com insufficiencia do desenvolvimento mental — 22 — psychoses não diagnosticadas — 23 — doenças mentaes sem psychoses — 24 — perturbações primitivas do comportamento.

A classificação da Sociedade de Psychiatria é muito synthetica e tem a grande vantagem de abranger as mais notaveis e modernas acquisições da psychiatria.

O seu primeiro quadro clinico é o das *psychoses infecciosas,* isto é, das doenças mentaes que dependem de qualquer infecção. O individuo tem, por exemplo, grippe, fica com o sangue sobrecarregado de toxinas que derivam do bacillo de Pfeiffer, sendo consequencia disto receber o cerebro uma nutrição má.

Sendo a cellula nervosa nutrida por um sangue intoxicado, consequencia de tal é que o seu metabolismo se não póde operar normalmente e o raciocinio que disto depende, se perturba profundamente.

Ha essencialmente um estado de confusão mental e o doente se affigura como um individuo, cheio de somno, que mal percebe o que o rodeia, e responde em phrases soltas, destacadas, ao que se lhe argúe. E' o delirio onirico, o delirio do sonho, que frequentemente se antolha.

A excitação póde ser mais ou menos accentuada, a depressão mais ou menos notavel.

O doente póde-se apresentar num estado de torpor, semelhante ao que se vê nos individuos em estado de coma, ou pelo contrario, mostrar-se muito excitado, a pronunciar phrases desconnexas, dominado por uma avalanche de allucinações. Nas psychoses infecciosas ha numerosas allucinações, mórmente da vista.

A's vezes ha, como na variola, impulsos, não raro ao suicidio, mas habitualmente desarrazoados e absurdos.

A psychose infecciosa corresponde ao grupo confusão mental — dos Profs. Teixeira Brandão e Marcio Nery.

Devo confessar que neste particular me parece que as classificações dos Profs. Teixeira Brandão e Marcio Nery são mais clinicas que a da Sociedade de Psychiatria.

Com effeito, quer na psychose infecciosa, quer, como veremos ulteriormente, na psychose auto-toxica, o quadro clinico varia dentro dos limites da confusão mental, admiravelmente descripta pelo eminente Professor Régis.

O torpor cerebral, a dysmnésia, a desorientação no tempo e no espaço, o delirio onirico e a constatação de phenomenos toxi-infecciosos são symptomas que se vêm constantemente. Póde haver uma grande agitação em vez do torpor cerebral, mas ainda ahi o delirio do sonho, o delirio onirico, é elemento que com sua avalanche de allucinações, se ostenta a cada passo.

Kraepelin divide as psychoses infecciosas em delirios febris, delirios infecciosos, confusão aguda e estados de enfraquecimento infeccioso.

E' isto complicar o problema: em qualquer caso ha pura e exclusivamente confusão mental.

O grupo das *psychoses auto-toxicas* é constituido por aquellas doenças mentaes que dependem da retenção de toxinas secretadas pelo proprio organismo, producto de

decomposição de seus elementos ou de secreção de germens que nelle tenham seu *habitat* constante.

E' o caso do individuo que tem prisão de ventre habitual. Em consequencia da falta de exoneração normal do intestino, as fézes ficam retidas, productos de putrefacção intestinal se constituem e vão sendo pouco a pouco reabsorvidos.

A estase acarreta ulteriormente a decomposição e a putrefacção e os productos toxicos que d'ahi emanam, vão pouco a pouco sendo reabsorvidos e entrando para a torrente circulatoria, determinam uma toxemia, uma modificação profunda da crase sanguinea pela intromissão de substancias toxicas.

Resultando disto é que os orgãos se resentirão, desde que passam a receber sua nutrição accrescida de elementos toxicos que, *ipso facto,* lhes são nocivos.

Se o orgão de menor resistencia fôr o cerebro, este se resentirá mais do que os outros. O pensamento que depende da associação de idéas, a qual, por sua vez, está intima e directamente ligada ao perfeito funccionamento das cellulas nervosas, não poderá realisar-se com facilidade. Ha difficuldade na elaboração das idéas e se constitúe um estado de confusão mental.

Nos individuos que têm accentuada insufficiencia. renal, insufficiencia hepatica, etc., igualmente se póde dar a reabsorpção de productos toxicos que deveriam ser eliminados, e a toxemia resultante acarretar uma psychose auto - toxica.

O quadro clinico é constituido sempre por um estado de confusão mental, com obnubilação da consciencia, desorientação no tempo e no espaço, dysmnésia, delirio do sonho, torpor profundo ou agitação ruidosa e modificações sensiveis no metabolismo cellular, constataveis pelo exame de urina.

Se as psychoses infecciosas e as auto-toxicas são perfeitamente associaveis sob a rubrica confusão mental, perguntar-se-ha: porque não as refugar e tratar unica e exclusivamente da confusão mental?

A Commissão da Sociedade de Psychiatria, em sua maioria, entendeu adoptar as duas rubricas: psychose infecciosa e auto - toxica, pelo facto de querer tomar muito em consideração a genesis da doença.

Sou, neste particular, voto discordante, mas para que não persista o mesmo mal que a Classificação visou remover, entendo que se póde conservar o titulo Confusão

Mental, collocando, entre parenthesis, si se trata de uma psychose infecciosa ou auto-toxica.

O terceiro grupo da Classificação da Sociedade é constituido pelas *psychoses hetero-toxicas*, into é, alcoolismo, morphinomania, etc.

E' constituido por aquelles venenos, de que se serve a humanidade, requintada pela civilização, para que aufira transitorios momentos de prazer, que lhe acarretarão inexoravelmente o encurtamento sensivel da vida.

O alcoolismo representa o typo clinico que maior contingente fornece á vida dos hospicios e a morphinomania e cocainomania que tão raras eram até pouco tempo, têm augmentado sensivelmente nestes ultimos annos.

No alcoolismo ha allucinações da vista, geralmente de caracter terrorista, delirio persecutorio, perturbações da cenesthesia, tremor da lingua e extremidades digitaes.

O alcool que já tem sido encontrado até em natureza no cerebro, irrita-o, acarretando facilmente estados de grande excitação e impulsos aggressivos.

O sangue do individuo alcoolisado vai prejudicar a bôa nutrição da cellula nervosa e o delirio se constitúe, tendo como fundamento um estado confusional, em que imperam allucinações e illusões.

No cocainomania ha um estado de excitação, pois a cocaina é congestionante do cerebro. Ha um delirio, frequentemente de ciume, em que ha illusões e allucinações da vista, perturbações da sensibilidade, tremor intenso e generalisado, vertigens, cephaléa, etc.

Na morphinomania predomina um estado de ansiedade nocturna.

Ha muitas vezes allucinações visuaes. Diminúem a vontade, a memoria e a affectividade.

Crises de irritabilidade surgem a cada passo.

A morphina compromette a crase sanguinea e prejudica a nutrição do neuroneo. Este decahe sensivelmente em sua funcção.

Ha psychoses hetero-toxicas provocadas pelo chumbo, haschich, etc., mas a frequencia destas é muito menor e sua symptomatologia pouco differe do quadro geral da morphinomania e cocainomania.

O quarto grupo de classificação da Sociedade é constituido pela *demencia precoce, eschizophrenia,* na designação actual.

Representa esta uma das mais bellas acquisições da psychiatria moderna.

Abrange doentes, em que houve um disturbio das glandulas de secreção interna. Este occorreu num periodo de evolução mental, de sorte que uma das primeiras consequencias é a parada de desenvolvimento psychico e diminuição da capacidade intellectual.

Synthetiso a symptomatologia da eschizophrenia em tres elementos fundamentaes: perda da affectividade, perda da iniciativa e associação extravagante de idéas.

As glandulas de natureza sexual são as que mais se resentem durante a doença e não ha outra, em que sejam mais estreitas as relações entre o psychismo e a vida sexual.

Allucinações, mórmente da vista e do ouvido, são muito frequentes e quando se vir um doente que já viva allucinado durante annos, nella se deve cogitar.

Negativismo, impulsos, estereotypias e suggestibilidade são symptomas que fartamente se deparam.

O *delirio systematisado allucinatorio chronico* é uma fórma clinica, cuja descripção tive ensejo de fundamentar no Congresso Medico de Londres, em 1913. E' uma doença, em que depois de uma phase mais ou menos longa de zumbidos de ouvido e disturbios multifarios da cenesthesia, surgem allucinações do ouvido e constitúe-se um delirio de perseguição.

Este é o logico, coherente, perfeitamente systematisado.

Dentro de algum tempo, personifica-se num individuo o perseguidor tenaz e, não raro, vai o doente praticar uma morte.

O delirio systematisado allucinatorio chronico depende de uma irritação do lóbo temporo-esphenoidal, facto que provoca a persistencia de allucinações do ouvido. Frequentemente, ha o catarrho do ouvido que justifica a zoada, mas em vez de se interpretar isto como um disturbio que o especialista póde remover, presta o doente attenção demasiada e começa a perceber vozes, oude só existe zumbido.

E' uma interpretação erronea de uma cousa real.

E' um raciocinio logico e verdadeiro, fundamentado em uma base falsa e allucinatoria.

A *paraphrenia* é um grupo criado recentemente por Kraepelin, para abranger alguns doentes que outr'ora catalogava como dementes precoces.

São pouco sensiveis a perda de affectividade e a de iniciativa, mas é bem notavel a diminuição da capacidade

intellectual, o que faz com que o paraphrenico raciocine longamente, em torno de idéas pueris ou extravagantes.

Parece que ainda ahi um disturbio endocrinico seja a causa fundamental, que vai interessar directamente o lóbo pre-frontal.

A *paranoia* é uma doença mental, em que ha egophilia e egocentrismo, em que ha ausencia habitual de allucinações, em que ha um raciocinio verdadeiro, firmado, porém, em uma base falsa, não allucinatoria.

Nisto ha a differenciação com o delirio systematisado allucinatorio chronico.

Na paranoia, o individuo parte do principio de que seja muito superior a todo o mundo e de que, por isso, lhe deva ser tributada toda a consideração. A humanidade o não vê pelo mesmo prisma e elle se revolta contra o que attribúe ser fructo da inveja e despeito, tendo como caracter, a que se deve prestar toda attenção, para que o diagnostico de paranoia seja perfeito, a ausencia ou o valor muito secundario das allucinações.

Antigamente, chamava-se paranoia todo delirio systematisado, com ou sem allucinações; hoje, em dia, o nome só é dado ao delirio systematisado, em que não ha allucinações.

A *psychose maniaco-depressiva* ou *psychose periodica* é uma fórma clinica que abrange os quadros clinicos da mania e melancolia. E' uma psychose affectiva em que desempenham papel importante as modificações do humor. Caracteristicos da fórma maniaca são: o humor alegre, a associação rapida de idéas e a movimentação exaggerada; caracteristicos da fórma depressiva ou melancolica são: o humor triste, a associação demorada de idéas e a movimentação lenta. Si em qualquer dellas um dos elementos fundamentaes é substituido pelo da outra, ha o que se chama fórma mixta.

Os argumentos principaes que levaram Kraepelin a fundamentar a psychose maniaco-depressiva, foram a existencia das fórmas mixtas e a raridade, verdadeiramente excepcional, com que se lhe antolhavam as fórmas puras, isoladas, de mania e melancolia.

Não só o individuo tinha uma crise de mania e dentro de pouco tempo, outra de melancolia se encontrava como tambem na propria crise maniaca, antes e durante ella, periodos de melancolia ou depressão se deparavam. O proprio typo puro de melancolia de involução que anteriormente adoptára, já o proprio Kraepelin, no curso

que em Munich segui em 1913, negava, affirmando que se tratava de uma modalidade da psychose maniaco-depressiva.

O Professor Teixeira Brandão contestava a razão de ser da psychose maniaco-depressiva dizendo que este termo máu já tinha sido empregado, ha mais de quarenta annos pelos Drs. Luiz Silva e Custodio Nunes, do Hospital de Alienados.

Na realidade, a expressão maniaco-depresiva é viciosa, pois mistura cousas que se contradizem, que são antagonicas. Pensei em preferir a expressão periodica, mas se me objectou que o alcoolismo, que se repete, podia prestar-se a confusão.

E' racional que se admitta, possam existir typos puros de mania e melancolia.

Isto é, porém, excepcional.

Commumente se verifica que se baralham elementos de uma e de outra, ou que se repete o typo clinico.

Na psychose maniaco-depressiva são raras as allucinações e frequentes as illusões. Onde sobejarem as allucinações, nella se não deve pensar, e sim, na confusão mental, eschizophrenia e delirio systematisado allucinatorio chronico.

Nella predominam estados congestivos ou ischemicos e dá-se importancia á acção de thyreoide.

A psychose de involução da-se quando se inicia a decadencia cerebral, no periodo em que se verifica a menopausa na mulher e o climatério no homem.

Elemento fundamental é um estado de anemia cerebral. Esta se constitúe por uma vaso-constricção cerebral, determinada por um espasmo de causa toxica, consequente á retenção de productos de natureza ovariana ou testicular.

Frequentemente se associa um certo gráo de escleróse vascular.

Sempre que ha anemia cerebral, ha tristeza; sempre que ha congestão, ha alegria.

Isto é um axioma que formulo, que se não applica, porém, aos casos extremos, pois o excesso de congestão dá o coma, dá a dôr, e não a alegria.

Na psychose de involução, o cerebro mal irrigado acarreta a tristeza, o pessimismo, a irritabilidade, a difficuldade em prestar attenção ás cousas e em fixar na memoria o que vai occorrendo.

Frequentemente lamuriosos, vivem os doentes a se queixar de uma ansiedade extrema e a chorar uma miseria que não existe.

As psychoses por lesões cerebraes e demencias terminaes comprehendem os tres grupos importantes da arterio - esclerose cerebral, syphilis cerebral e demencia senil.

A arterio - esclerose cerebral dá-se quando a escleróse dos vasos cerebraes impede que a nutrição ahi se opere perfeita. Ha um estado de anemia cerebral, accrescido frequentemente de toxemia consequente á insufficiencia hepato-renal. Frequentemente apparece ella dos 60 aos 70 annos de idade e tem como symptomas: cephaléa, vertigens, insomnia, incapacidade progressiva para o trabalho, dysmnésia, irritabilidade, grande exaltação dos reflexos rotulianos e morosidade dos pupillares, crises hysteriformes, etc.

Muitos casos de hemorrhagia e amollecimento cerebraes della dependem e sommam seus effeitos nocivos aos della.

A syphilis cerebral que tambem póde ser causa de hemorrhagia e amollecimento, depende da localisação da lues no cerebro.

Póde ella assestar-se ou nas meningeas, ou nos vasos de grande e pequeno calibre, ou no proprio encephalo, sob a fórma de pequenos tumores que são as gommas ou esclero - gommas.

A symptomatologia depende essencialmente do acommettimento preferencial.

Na meningite syphilitica ha dôr de cabeça intensissima, vomitos, convulsões, risca meningitica, signal de Kernig, signal de Brudzinsky, etc.

E, uma fórma irritativa que, ás vezes, póde ser tão forte, que prive completamente o doente, da noção das cousas. Desde a obnubilação completa da consciencia até a expansão ruidosa que lembra um estado maniaco, varios aspectos pódem ser encontrados.

As lesões vasculares são relativamente frequentes e ou o vaso é obliterado, ou se rompe. Os symptomas são fundamentalmente de *deficit*, pois quer haja thrombose, embolia ou hemorrhagia, fica uma zona do cerebro privada de irrigação. Ha vertigens, dysmnésia, estados confusionaes, episodios delirantes allucinatorios, diminuição da capacidade intellectual como symptomas principaes.

Nas fórmas gommosa e esclero-gommosa ha o mesmo que se vê com os tumores: irritação e, conforme a localisação, crises epileptiformes do typo Bravais-Jacksoniano.

A *demencia senil* é constituida pela involução cerebral definitiva.

A suppressão da nutrição accarreta a anemia cerebral e, posteriomente, o amollecimento.

O individuo perde completamente a memoria dos factos recentes, podendo, no entanto, conservar durante algum tempo a dos factos mais remotos.

A actividade cerebral decahe consideravelmente e qualquer trabalho intellectual se torna nimiamente fatigante. Vão pouco a pouco se encastellando num egoismo accentuado, pouco tolerantes com o bulicio da mocidade, irritados com a alegria dos que o cerquem.

Numa defesa instinctiva de um patrimonio que se esborôa, apegam-se ao passado e louvam-no em demasia.

A demencia senil póde ser o epilogo de outras doenças mentaes, mas, por si só, póde constituir a unica doença mental, de que o individuo tenha padecido.

A *paralysia geral* é uma doença mental cuja frequencia tem augmentado extraordinariamente.

Os estudos a respeito della são tão numerosos que se póde bem dizer que não ha na especialidade outra molestia que seja tão bem conhecida.

E' um processo de meningo-encephalite chronica diffusa, cuja natureza especifica está perfeitamente demonstrada.

Póde tomar quatro fórmas clinicas: a demencial, a depressiva, a expansiva e a agitada.

Em qualquer dellas é notavel o disturbio da memoria que vai dos factos recentes aos antigos, rapidamente, sem que haja a decadencia gradual que na demencia senil se ostenta.

As reacções de laboratorio, caracterisadas pelo Wassermann positivo no sangue e liquido cephalo-rachidiano, presença de hyper-albuminóse e lymphocytose abundante, servem, para que muito precocemente se possa firmar o diagnostico.

A dysarthria, o tremor vermicular dos musculos dos labios, dos zygomaticos e dos que mexem com as azas do nariz, o tremor propulsivo da lingua, a desigualdade pupillar com signal de Argyll-Robertson, anesthesia do cubital pela pressão na goteira olecraneana, a difficul-

dade em realisar calculos mathematicos simples e anteriormente conhecidos, o exaggero dos reflexos rotulianos: são symptomas que quasi nunca falham e que muito elucidam o quadro clinico.

A *psychose epileptica* é constituida como typo destacado, em consequencia da grande importancia que na epilepsia vão tendo os disturbios mentaes.

Ha, com effeito, muitos casos, em que ataques se não evidenciam, mas modificações profundas do caracter, do humor e da intelligencia se antolham.

O delirio toma o cunho de intenso e violento, a consciencia fica obnubilada nas crises e ausencias, vertigens, impulsos são accidentes que a miúde se notam.

As pesquizas anatomo e histo-pathologicas constatam a existencia de esclerόse nevroglica, de adherencias meningo - corticaes, de alterações vasculares, o que, em summa, demonstra bem que o cerebro sempre se resente em maior ou menor escala, embora se acredite que a epilepsia seja sempre o effeito de uma causa que muitas vezes possa ser inteiramente removida.

As *psychoses ditas nevrosicas* comprehendem: a hysteria, a neurasthenia com seus ramos: psychasthenia e nervosismo, e a choréa.

Em qualquer dellas ha um coefficiente psychico que não póde ser posto de lado. Este póde ser tão accentuado, que uma verdadeira psychose se fórme.

Os elementos fundamentaes da hysteria, neurasthenia e choréa em cada caso se apresentam, mas ha o accrescimo de disturbios mentaes, em que se salientam o delirio onirico na hysteria, obsessões, phobias e impulsos na neurasthenia e a instabilidade mental na choréa.

Outras psychopathias constitucionaes como *os estados atypicos de degeneração*, formam um outro grupo, em que se abrangem episodios delirantes de degenerados, em que as allucinações são multiplas, fugazes, instaveis, transitorias.

Estados mentaes mal definidos em seus caracteres fundamentaes ahi se agrupam. O cunho degenerativo é sempre o predominante.

A *imbecilidade e a idiotia* constituem a classe em que a inferioridade intellectual é mais patente. Ou o cerebro não evoluiu absolutamente, o que se dá na idiotia, ou pouco o fez, o que se verifica na imbecilidade.

A evolução cerebral se não deu, porque lesões anatomo e histo - pathologicas a inhibiram. A cellula fica de-

formada pelos processos de escleróse e atrophia e não póde servir mais ao seu mistér.

Os elementos symptomaticos que aqui muito syntheticamente foram apresentados, são os que permittem agrupar os doentes mentaes em classes, em que os caracteres de uns se não confundem com os de outros.

A Classificação da Sociedade de Psychiatria attende essencialmente ao elemento clinico e é muito synthetica.

O pranteado Professor Teixeira Brandão diz no trabalho que publicou em 1917 nos Annaes da Faculdade de Medicina, que a sua classificação visou distribuir os estados mentaes, de accordo com o modo, pelo qual se inicia e se desenvolve a desordem mental, com as suas causas e origens, as manifestações subjectivas e objectivas que as caracterisam, e as alterações estaticas e dynamicas que lhes são peculiares.

Obedece a classificação aos criterios evolucionista, pathogenico, symptomatologico e anatomo - pathologico. E' uma bôa classificação. Em alguns pontos, porém, a da Sociedade é mais moderna, pois admitte desenvolvidamente a demencia precoce, a paraphrenia e a syphilis cerebral.

Fazendo o cotejo do que existe na Classificação da Sociedade com o que se encontra nas outras, vê-se que as psychoses infecciosas correspondem á confusão mental nas classificações de Marcio Nery e Teixeira Brandão; as psychoses auto - toxicas, ás intoxicações de Kraepelin, confusão mental de Nery e Brandão; as psychoses heterotoxicas, ás mesmas classes acima referidas; a demencia precoce, á demencia primitiva de Teixeira Brandão e hebephrenia de Marcio Nery; o delirio systematisado allucinatorio chronico, typo individualisado por mim; a paraphrenia, sem fórmas equivalentes nas outras; a paranoia, com o mesmo titulo nas outras; a psychose maniaco - depressiva, equivalente á de Kraepelin, corresponde á mania e melancolia de Brandão e Nery; a psychose de involução, correspondente á pre-senil de Kraepelin e sem equivalentes nas outras duas; as psychoses por lesões cerebraes e demencias terminaes, ás senis de Kraepelin, demencias secundarias de Brandão e demencia senil de Nery; a paralysia geral, com o mesmo nome em Nery, á demencia paralytica de Kraepelin e Brandão; a psychose epileptica, á nevrose epileptica de Nery; as psychoses ditas nevrosicas, ás predisposições psychopathicas de Kraepelin e á nevrose hysterica de Nery; os estados atypicos de dege-

neração, aos estados morbidos originarios de Kraepelin e degenerativos de Brandão; imbecilidade e idiotia, com equivalentes nas outras classificações.

Da synthese que aqui foi feita das classificações mais importantes, vê-se que em pequenos detalhes essenciaes ellas discrepam, e que a sua analyse detida e meditada permitte que se possa fazer uma idéa muito clara e precisa de todo o conjuncto da psychiatria.

Comparando mesmo com as Classificações mais modernas, penso ser a da Sociedade Brasileira de Psychiatria preferivel, por isso que, embora muito synthetica, abrange todas as modalidades de doença mental e attende aos criterios evolucionista, pathogenico, symptomatologico e anatomopathologico.

AFFECTIVIDADE

A tendencia a se dedicar a uma outra pessoa, a encaral-a com sympathia, a ter prazer em estar juncto della e a sentir a sua ausencia — eis, em synthese, a essencia da *affectividade*.

Ella é formada á custa de affeições que lenta e sorrateiramente se vão revigorando, que prendem um individuo a outro, que lhe sopitam o egoismo e fazem expandir-se o altruismo.

A *affeição* surge por meio de sensações que, aperfeiçoadas e differenciadas, permittem que mesmo sem a presença do objecto querido, se sinta bem em recordal-o.

Depende de uma sensação interna, agradavel e altruistica.

Differe um pouco do *amor*, porque este é um sentimento que prende mais propriamente um sexo ao outro. *A ternura* representa uma emoção agradavel, suave, mas inactiva. A *inclinação* é o inicio do amor ou da ternura. A *dedicação* póde ser a pessoas ou cousas.

A *paixão* nada mais é que uma affeição levada ao excesso.

São estes termos os que mais commummente se englobam na rubrica de affeição, da qual, no entretanto, se differenciam pelos pequenos detalhes assignalados.

A' preferencia por certas pessoas póde associar-se a antipathia por outras. A's vezes, até um facto depende do outro. Eis porque, si a affectividade faz essencialmente querer bem a uns, póde acarretar indirectamente a animadversão para com outros.

Fitchner diz que a affeição é o processo mais simples entre a sensação e a emoção, como a sensação é

o processo mais simples entre a percepção e a associação de idéas. E' mais que uma sensação, porque provoca um estado de consciencia. Na encyclopedia de Nelson é ella definida como uma consciencia de uma mudança geral no tonus do systema nervoso. E' um dos elementos da consciencia e possue duas qualidades: prazer e dôr.

Quando a balança do processo nutritivo se perturba, resultam condições biologicas que vêm á consciencia, como prazer ou dôr.

A affectividade é, pois, uma sensação differenciada e por ella o individuo póde sentir amizade ou odio. E' um apanagio que pertence unicamente aos seres conscientes. Os corpos brutos não possúem affectividade; são abalados, mas disto não passam. Os corpos vivos, conscientes, são os que têm impressões, experimentam sensação e conseguem ter affeições.

E' preciso que impressões organicas correspondam ás vibrações exteriores. Si a affeição depende da sensação, é claro que o ser consciente póde ter tantas affeições, quantas as sensações differenciadas.

Ha uma parte que representa o objecto, significativo de uma impressão externa, mas ha outra que é nossa, que exprime uma especie de reacção á sensação.

Si se aspira o perfume de uma rosa, o reconhecimento de seus predicados desperta em nós uma sensação de prazer, que nada mais é que um estado affectivo.

Quando se tem affeição por uma pessoa, tem-se prazer em vêl-a.

Gall dizia que a séde da affectividade se achava do lado e um pouco acima da apophyse do occipital.

A affectividade persiste emquanto os nervos sensitivos se não acham anesthesiados ou paralysados.

Lugaro diz que póde ser que as fibras sensitivas determinem simples acções isoladas sobre as cellulas nervosas ou ahi se fundam. Qualquer processo psychico se apresenta como um conhecimento e como um estado affectivo. O estado affectivo é o symbolo da reacção do organismo. Representa a relação entre uma acção externa que se exerce sobre o organismo e o interesse biologico deste, isto é, o caracter util ou nocivo da propria acção.

E' opinião do distincto physiologista italiano que occorram nos centros nervosos duas especies de elaboração das impressões externas: uma interneuronica entre as terminações das fibras afferentes, outra intraneuronica entre as ondas trazidas pelos dendritos e os processos dyna-

micos que se desenvolvem no interior do corpo cellular. A primeira corresponde aos phenomenos do conhecimento e a segunda aos estados affectivos.

Vontade e abulia, excitação e tranquilidade, tensão e resolução representam as tres especies de meios, pelos quaes se corresponde a uma sensação. Dependem elles do tom affectivo que em nós ella provoque. Wundt bem demonstrou o facto. Si uma cousa nos determina dôr, é que na essencia, diz Mead, ella atrapalha o processo da nutrição, ao passo que si acarreta prazer, é que o estimúla. Gillman diz que quando se quebra um habito, o organismo extranha e se sente mal, embora momentaneamente.

Si a pessoa nota que o seu pensamento se realiza tranquillo e desembaraçado, é isto motivo para que se tenha prazer.

Si se nota, porém, estorvo nelle, o tom affectivo immediatamente se resente e a consciencia tem um matiz de tristeza.

Vê-se, pois, quanto o estado affectivo se deve resentir com o estado de sanidade ou de doença mental.

A affectividade é essencialmente uma sensação differenciada que faz com que se sinta bem ou mal diante de uma pessoa, que esta acarrete sympathia ou antipathia, que o individuo se sinta bem no se dedicar a outrem ou em se afastar dos que lhe são contrarios.

Morat e Doyon vão além e englobam nos dominios da affectividade as perturbações da cenesthesia e dizem que a fome, a sêde, a ansiedade, pelo exaggero, acarretam um estado affectivo — doloroso, correspondendo este pois, ao que em nós desperta o encontro de uma pessoa adversa.

Segundo Miller, na sua essencia, o prazer e a dôr consistem em movimentos da attracção e repulsão.

O prazer, na expressão de Marshall, deriva da coincidencia da actividade psychica com a physica, da convicção de que o acto se póde realizar sem tropeços, de que elle vai concorrer para o nosso bem.

O que convém a um nervo, é uma excitação moderada que estimúle a sua actividade, sem que a exgotte. E' por isso que se justifica o paradoxo de Ribot, que diz que o prazer excessivo traz a dôr.

Em todos os factos psychicos perceptivos e representativos, diz Bianchi, sempre se encontra o predicado

emotivo agradavel ou desagradavel. Quer isto dizer que o tom affectivo acompanha sempre qualquer apercepção.

A emoção que representa uma variedade de sensação que tem como predicado, ser mais duradoura e intensa do que ella, depende da affectividade do individuo. Na emoção ha um abalo violento de systema nervoso, o qual interessa sua vida affectiva. Actua em maior ou menor gráo, de accordo com a capacidade sensorial, de que o ser disponha. Comprehende-se que naquelle em que a affectividade seja nulla, as sensações internas não deixarão impressão, nem produzirão abalo. Ficam como si não existissem, e quêda-se elle indifferente diante do que noutro qualquer produziria um tom affectivo alegre ou triste.

E' assim que uma apercepção póde ser acompanhada de um tom affectivo indifferente.

Em synthese, para que se experimentem perturbações emotivas, faz-se mistér que se disponha de affectividade.

A *emoção* consiste essencialmente num movimento dos neuroneos sensitivos centraes, provocado por uma excitação que no momento vem da peripheria, ou se fórma ou é relembrada no proprio centro sensorial. Aquelle que tem um grande abalo sensorial na apercepção de uma scena desagradavel, experimenta-o tambem quando, tempos depois, della se recorda em seus detalhes.

A emoção é sempre accidental e precedida por uma sensação.

Nella ha consciencia, julgamento e memoria, isto é, ha factos que testemunham certo gráo de intelligencia.

Bianchi define-a um estado de consciencia concomitante com aquelles phenomenos instinctivos reflexos e coordenados que nascem da percepção ou representação de objectos definidos, os quaes contêm os elementos da integração ou desintegração do organismo tomado no sentido mais lato da palavra: physico e psychico.

Pierre Janet, na reunião annual das Sociedades de Neurologia e Psychiatria de Paris, de 1909, explicou-a de modo claro e perfeito. Diz elle que ha circumstancias, a que um individuo se não adaptou pela sua organisação anterior e a que se não sente capaz de o fazer no momento actual, embora as perceba e sinta dever reagir. Em vez da reacção util e precisa, notam-se perturbações em todas as funcções do organismo, havendo essencialmente o que se chama emoção.

Em synthese, ha sempre nella uma sensação e um choque. Theorias diversas explicam o que se passa na emoção. A theoria sentimental, de que é partidario Dugald-Steward, diz que tudo deriva do soffrimento moral e pouco esmiuça. A intellectual de Herbart, diz que as idéas acarretam suggestões, que vão trazer o abalo essencial na emoção. A theoria visceral, de Lange e James, diz que perturbações vaso - motoras, respiratorias, somaticas em uma palavra, são percebidas e acarretam a emoção. E' o caso do individuo que se sente triste, por isso que está chorando.

A theoria instinctiva, de Stanley, dá grande importancia á reacção motora que se exteriorisa como actos automaticos de violencia como na colera, a qual vai provocar a emoção. Neste caso o individuo reage e sente depois de ter reagido.

A theoria dynamica, de Janet, explica-a como uma depressão da tensão psychologica, que acarreta uma derivação provocada pela insufficiencia da adaptação, e dos esforços a removêl-a.

Dá-se, por conseguinte, um escoamento de energia que se traduz por uma reacção intempestiva e que testemunha a insufficiencia do poder phrenador cerebral.

Das diversas theorias póde-se dizer que se agrupam em duas grandes syntheses: a dos que pensam que os phenomenos somaticos precedem os psychicos e a dos que pensam que estes antecedem aquelles. A primeira concepção é a de James e Lange, a segunda é a de Baldwin.

Na primeira se diz que a gente chora e, por isso, fica triste, e na segunda, se affirma que ha a tristeza e depois se chora. A reacção na esphera somatica parece ser o effeito do abalo sensorial que o individuo teve. Penso que o phenomeno psychico precede o somatico. Concordo com a doutrina de Baldwin. Nos casos de doença de Basedow, nos de hysteria, podem-se encontrar perturbações vasomotoras, sem que o estado mental dellas se aperceba, ao passo que si uma emoção occorre, os phenomenos vasomotores representam o reflexo de defesa mais simples, que dellas emane.

Ha, por conseguinte, na emoção, sempre, uma sensação interna, subitanea, intensa e duradoura, que determina uma perturbação affectiva. E quem de affectividade não dispuzer, não se resentirá de emoções. Entre as fórmas primarias de reacção emotiva ha a reacção de choque ou catastrophica de Goldscheider, semelhante ao

que se vê no recem-nascido que se sacóde no ar, no qual se vê uma brusca vaso-constricção peripherica, bem como attitude de *panico*. Outra fórma primaria é a reacção de *colera*, em que o rosto fica congestionado e o individuo grita e faz grandes movimentos. Uma terceira fórma é a *reacção affectiva*, em que á caricia se seguem uma sensação de bem estar, um relaxamento muscular e uma tendencia ao somno. Entre as emoções secundarias ha o *desprazer* que se póde traduzir pela *pena, angustia, ansiedade, desgosto, tristeza* e *repugnancia*.

Emoção de *jubilo* ou *alegria* constata-se quando se vê a felicidade.

Pena é o desprazer intenso de motivo moral ou psychico. *Angustia* dá-se quando se verifica uma sensação de constricção thoraxica e *ansiedade* quando ha uma sensação diffusa de mal estar e o psychismo se resente.

No *desgosto* ha um esboço de emoção colerica. Na *tristeza* ha uma depressão da actividade vital, com a perda do impulso a reagir.

Na *repugnancia* ha o desprazer, com a sensação de nôjo, enjôo, havendo a tendencia a se alheiar do objecto que a provoca.

O panico, a colera, o affecto, o desprazer e a alegria se pódem combinar, dando as *emoções complexas*, tão encontradiças na clinica. Os *conflictos mentaes*, provocados pelas anomalias da vida affectiva, representam um papel muito importante na genesis de doenças mentaes.

O gráo de capacidade affectiva depende da evolução que a pessoa tiver.

Ao sentimento innato do egoismo se segue o altruismo, traduzindo-se, a principio, na dedicação dos pais pelos filhos e extremando-se depois na pelos nossos simples conhecidos, para os quaes nos arraste um qualquer sentimento de sympathia. Da mesma fórma, na escala evolutiva, as dôres moraes vão produzir um soffrimento mais cruciante, as vezes, que a simples dôr physica.

A affectividade póde mostrar-se alterada, para mais ou para menos, e nos alienados as suas alterações são bem curiosas. Sob o ponto de vista da intensidade, as reacções afectivas pódem mostrar-se exaggeradas, diminuidas ou inexistentes, retardadas ou exaggeradas, estaveis ou labeis havendo, respectivamente, *hypertimia, hypotimia, atymia, braditimia, tachytimia, derotimia* e *metatimia*.

A *hypertimia* e a *derotimia* (augmento de intensidade e de duração dos affectos) determinam os *estados passionaes*.

A *metatimia* (mudanças bruscas e labilidade dos sentimentos) é propria de hystericos e eschizophrenicos.

A *bradytimia* (affectividade lenta e viscosa) vê-se muito, nos epilepticos.

A *hypotimia* constante (frialdade affectiva) encontra-se em eschizophrenicos e oligophrenicos.

Entre as perturbações qualitativas de vida affectiva (*paratimias* ou *dystimias*) ha a *neotimia* (formação de sentimentos novos); o apparecimento de sentimentos inadequados, a *ambivalencia affectiva* (coexistencia de elementos affectivos contrarios); alterações do tom affectivo, acarretando um animo morbido.

Já é bem antiga a crença popular, de que o doente mental embirra muitas vezes com aquelles que mais o prezam, cria ogerisa pelos que mais estimava anteriormente. Vê-se assim como elle começa a sentir differentemente. Em geral, o nosso sentimento de bem querer depende do affecto que se nos tribute. A criança cria affectividade, antes de todos, áquella que lhe dá o seio que lhe mitiga a fome, que a soccorre em qualquer soffrimento.

Ao rosto amigo que vem acarinhal-a, dá ella o primeiro penhor de seu affecto: o seu sorriso angelical.

Si succede que se retribúa o bem querer com a antipathia, não é isto o normal. Pois é o que bastas vezes occorre com o alienado. O Professor Emilio Mira, de Barcelona, em seu excellente Manual de Psychiatria, frisa com muito acerto que, pelo menos no começo, toda alteração mental é uma alteração affectiva. Diz elle que o affectivo é o effectivo na vida pessoal (subjectiva e objectiva).

Outras vezes ha extremos de affecto extravagantes ou mal applicados.

As pesquizas da psychologia experimental no que concerne ao exame da affectividade são muitos escassas, por isso que se trata de uma actividade psychica essencial e eminentemente subjectiva, em que o proprio individuo é que dá conta a si mesmo do que vai sentindo, e póde escondel-o ou disfarçar diante de outrem.

No entanto, por maior que seja o empenho de um dado alienado em disfarçar o que esteja sentindo, si se

lhe dér a noticia, impregnada de uma certa verosimilhança, de que o progenitor morrêra, é de vêr que a physionomia deixará transparecer espanto e tristeza.

Um commentario que fira o thema delirante, fará com que a physionomia deixe transparecer instabillidade.

Uma conversa mais ou menos demorada deixará trahir-se no jogo physionomico a affectividade individual.

Mande-se que o doente escreva e observar-se-ha o tom sentimental que ahi se traduza.

Uma série de perguntas servirá para analysar a affectividade.

Assim, por exemplo, indagar qual o motivo, pelo qual se deve querer bem aos pais; que se faz preciso para que se sinta feliz?; que attenção deve merecer um inimigo que se encontre mortalmente ferido no caminho?; que cuidados devem suscitar as crianças, os loucos, as mulheres, os doentes e os velhos?; que julgamento se deve fazer do ladrão e do assassino?; qual a razão de se não dever maltratar os animaes?; quaes as cousas que mais desagradem ao observado?; qual a capacidade de se cohibir diante de uma falta de delicadeza?; qual seria o sentimento e applicação da fortuna no momento em que uma sorte na loteria lhe viesse ás mãos?, etc...

O tom affectivo que se traduz na physionomia, é bem aproveitado no methodo psycho-analytico de Freud, para que se possa descobrir o complexo recalcado.

Collocando-se o observador á cabeceira do doente e, um pouco para traz, de sorte que possa bem observal-o e não seja visto de modo perfeito, fará uma série de perguntas, no meio de uma demorada palestra com elle, e se antolhará na mudança de physionomia ou da tonalidade da voz a occasião em que se feriu o complexo torturante, o momento, em que se tocou no assumpto que preoccupa. Surprehende-se assim a affectividade, de que está este impregnado.

Quando o alienado tiver tido um certo apuro de sensações, um cultivo musical, por exemplo, poder-se-ha experimentar a constatação da expressão physionomica que um dado trecho de musica possa suscitar.

Quando se excita fortemente um nervo sensitivo qualquer, a pupilla se dilata, em consequencia de um reflexo cuja via centrifuga é o sympathico e cujo centro

é a região medullar cervico-dorsal, donde provêm as fibras irido-dilatadoras. Observando-se, portanto, a pupilla, póde-se pela dilatação desta verificar si o individuo sentiu dôr, mesmo que o não confesse. E' um meio de comprovar o tom emotivo. Reni, no Münch Med. Woch, de 5 de Agosto de 1932 assignalou que a excitação do sympathico augmenta o iodo no sangue e que observações de Scheringer e Bloy demonstraram augmento de iodo no sangue depois das emoções.

Mesmo que haja um simples aborrecimento, cresce logo o iodo no sangue.

Entre os melhores testes para a pesquisa da affectividade deve ser referido o do Prof. Mira, chamado *prova dos doadores de sangue*. Pode ser individual ou collectiva. Trata-se de dizer a pessoas desprevenidas que houve um grande desastre de trem e que se torna indispensavel que cada um, depois de examinado, dê o seu sangue para um serviço de transfusão. Assignale-se poder haver necessidade de uma grande retirada de sangue e se solicite dizer si os doadores preferem soccorrer uma determinada cathegoria de victimas, em estado mais ou menos grave. Observa-se o gráo de altruismo que o individuo revele, o estado emotivo com que se apresente. Pouco depois declara-se que não é mais necessario o sacrificio e constata-se o estado de animo do observado.

Outro test é o de Freeman, em que se regista a *modificação do reflexo psychogalvanico* quando se figura uma situação emocionante e se aprecia a resposta affectiva.

Outros tests são o de Helga End — registo de *variações pletysmographicas durante a emoção provocada;* o de Woodworth que consiste em uma série de *perguntas referentes a situações affectivas* e *consignação* da qualidade das *respostas;* o de Neymann e Kohlstedt com cincoenta perguntas para verificação de *introversão* e *extroversão,* apreciando-se o estado *affectivo;* o de Rohrschach, *psychodiagnostico,* em que se utilisam dez laminas (umas com duas tintas e outras de côres) que contém diversas manchas, cuja forma se trata de interpretar e em que se aprecia o tom affectivo; o de May e Hars hora em que se apreciam as *opiniões sociaes* a respeito da affectividade do individuo; o das *associações de idéas,* com perguntas estimulos para complexos recalcados; o de Marston, modificado por Mira, em que se busca a *expressão da reacção affectiva diante de estimulos ou situações experimentaes*

ou espontaneas, expressa na conducta verbal ou *psychomotora, constituidas por grupos de caracteristicas contrarias,* em que busca saber si ha uma certa concordancia ou uniformidade na nórma das respostas; *observação systematica das reacções affectivas diante de um certo numero de situações typicas* para a determinação de uma emoção especifica; pesquiza dos *dados do exame somatico typologico e do systema endocrino-vegetativo,* na analyse do temperamento e tom affectivo.

São estes os poucos tests que ha para a psychologia experimental da affectividade.

Analysemos as fórmas clinicas, em que se divide a psychiatria, e vejamos como se comporta nellas a affectividade.

Nas *psychoses infecciosas* e nas *auto-toxicas,* cuja essencia consiste na confusão mental, a affectividade decahe de accordo com o gráo de toxi-infecção, em que se debate o individuo. Comprehende-se bem que uma pessoa anniquilada pelo accumulo de toxinas em seu organismo, tenha suas funcções psycho-sensoriaes bem deprimidas. As sensações chegam a custo a se transformar em sentimentos, as impressões do mundo exterior vêm se esbater num cerebro que mal póde coordenar suas reacções. O individuo, na ansia instinctiva para não morrer, entra a cuidar mais de si, que dos outros. Diminúe a affectividade de um modo global. No entanto, não se vai querer bem a quem se queria mal, ou vice-versa.

A decadencia affectiva é proporcional.

Nas *psychoses hetero-toxicas,* como o alcoolismo, cocainomania, etc., ainda sobresahe o fundo de confusão mental e as mesmas palavras se applicam.

No entanto, ha, ás vezes, como sobretudo na cocainomania e morphinomania, um estado inicial de irritabilidade, em que se acolhe mal qualquer affecto.

Parece que o doente se tornou um inimigo dos seus melhores amigos, mas ainda ahi não ha uma transformação completa na qualidade affectiva. A sensação de mal estar se traduz neste desejo do doente se alheiar do mundo exterior, viver consigo mesmo, sem que se dedique a outros. E o padrão affectivo da confusão mental ainda ahi se expressa: a diminuição da affectividade.

Outra questão a ser debatida é a da influencia que possam ter na genesis das psychoses caracterisadas pelo estado de confusão mental, as perturbações emotivas.

Henri Claude assignalou casos, quer no terremoto de Valparaiso, quer no de Messina, em que o grande choque emotivo determinou estados de confusão mental.

Dupré interpreta bem, dizendo que acredita, haja insufficiencias visceraes devidas a inhibições funccionaes de origem central e que em consequencia disto surjam verdadeiras intoxicações agudas.

Basta um susto muito grande, para que se dê uma inhibição na synergia funccional das glandulas de secreção interna e esta perturbação possa acarretar a confusão. Assim se explica como esta póde derivar indirectamente de um abalo emotivo e como quando o estado morbido psychico já se houver constituido, os abalos emotivos pouca móssa determinarão.

A *eschizophrenia* é a entidade clinica, em que mais patentes são as alterações profundas da affectividade. Desde o inicio, quando o doente ainda está nos seus symptomas primordiaes, já se sente que elle vai aborrecendo os pais, irmãos e outros parentes mais proximos. Cria antipathia por elles e vai se desinteressando das cousas que mais lhe davam prazer.

Ha diminuição da affectividade e mesmo perversão della.

A diminuição póde ir até a suppressão completa. Dentro de pouco tempo elle já não quer bem a mais ninguem e já tive ensejo de dar a um eschizophenico a triste noticia de que o pai fallecêra e elle absolutamente se não emocionou com o facto. Quantas vezes assisti no Hospicio a pais que, debulhados em lagrimas, se queixavam do indifferentismo, com que os filhos os acolhiam, sorrindo diante de sua tristeza, como se comprazendo ante seu desespero.

A's vezes o quadro clinico ainda não está bem nitido e já se ostenta bem clara a diminuição da affectividade.

Antes de mais nada, começa o individuo a se desapegar dos seus.

Ha perversão da affectividade, pois não é quem mais acarinha o demente precoce, quem mais recebe delle bondades e meiguice. A um extranho ainda demonstra um certo affecto, ao passo que já se sente a cada passo o odio pelos pais. Em qualquer das fórmas clinicas da eschizophrenia se patenteia bem a indifferença affectiva e muitas vezes só por este elemento me encaminho eu, com toda segurança, para uma diagnóse certa.

No que concerne ao *delirio systematisado allucinatorio chronico,* não ha perturbação essencial da affectividade.

Verdade é que este alienado vota odio insuperavel áquella pessoa, em quem focalisa seu perseguidor. Mas esse sentimento que se póde dirigir a quem sempre lhe fôra bôa e dedicada, tem sua origem real nas allucinações que fundamentam o delirio. O individuo odeia quem é apresentado pelas allucinações como inimigo. Portanto, a reacção deriva natural, ao contrario do que occorre na eschizophrenia, em que a antipathia é absurda, extravagante, paradoxal. O delirante chronico sente e tem suas emoções como nós: unicamente é falsa a base, em que se fundamentam.

Na *paranoia,* predominam os sentimentos de egoismo, orgulho, odio e vingança. E' isto fructo do caracter do paranoico. Este tem em alta conta a sua propria valia e logo que o conceito desta soffra qualquer arranhão do mundo ambiente, resente-se com isto e reage intensamente. A affectividade diminúe, pois o egoismo o domina absolutamente. Quererá bem a seus parentes mais proximos, si a menor contrariedade delles lhe não advier. No caso contrario, votar-lhes-ha odio. No geral, porém, não se dedicará muito a quem quer que seja.

Cuida sempre mais de si, que dos outros. Vive susceptilisado, prevenido contra a menor aggressão do meio.

Na *psychose maniaco-depressiva,* ha perturbações muito accentuadas da affectividade.

Tão notavel é a alteração desta, que Tanzi fórma com os elementos della o grupo das psychoses affectivas, reproduzindo, até certo ponto, os ensinamentos de Griesinger, que admitte dous grandes grupos de psychoses: as emotivas e as intellectuaes, abrangendo entre as primeiras a mania e a melancolia.

Quer na fórma maniaca predominante, quer na depressiva predominante, quer na mixta, ha sempre alteração essencial da affectividade.

E' facto positivo que os auctores não estão concordes no explicar como se adquire a psychose maniaco-depressivo. Uns acreditam numa insufficiencia de glandulas de secreção interna, outros numa toxi-infecção pouco accentuada que se traduz por perturbações vaso-motoras na cortex cerebral, outros numa reacção intensa peculiar a degenerados. No entanto, a observação clinica demonstra que um abalo moral forte, uma emoção violenta, re-

presenta muitas vezes a causa mais proxima da psychose maniaco - depressiva. E no decurso desta tudo é sentimento. A alteração fundamental do humor frisa bem o seu cunho individual. No typo classico do maniaco é a alegria ruidosa e vibrante, no do melancolico é a tristeza persistente, no mixto é a caracteristica do elemento predominante.

Si o optimismo domina, o individuo se sente bem, tudo lhe sorri e quantos se lhe approximam, se lhe affiguram amigos. Ha ahi a alegria morbida, a aménomania, hedonia psychica de Emminghaus. Tudo vibra concorde com a nota do prazer. Em consequencia disto, o individuo torna-se generoso, prodigo, vindo, ás vezes, a dar a outros o que lhe vem a fazer falta. E' uma especie de altruismo morbido.

Si não ha persistencia no se dedicar a outrem, no entanto, bastas vezes a abnegação se consata. No que diz respeito á fórma depressiva da psychose maniaco - depressiva, á melancolia em geral, ha a assignalar que sempre a affectividade muito se resente. O individuo sente por si e pelos outros. Vive numa susceptibilidade morbida a se entristecer por si e pelos outros. O fundo da tristeza domina todos os seus actos. Tudo se lhe apresenta por um prisma negro. A dôr moral, psychalgia, angustia-lhe a vida. Lamenta-se a cada passo e accusa a si mesmo de todo o mal que advém aos outros, e julga-se justamente responsavel pelo mal que o tortura, em consequencia dos maleficios que acredita ter praticado.

As emoções deprimentes fazem-se sentir a cada passo. Ha um estado permanente de dysesthesia psychica.

Como muito bem diz Krafft - Ebing, do mesmo modo que uma perturbação da nutrição num nervo sensitivo acarreta a nevralgia, a alteração nutritiva na côdea cerebral provoca a nevralgia psychica que é a dôr moral.

Guislain chega a dizer que a depressão sentimental é o preludio de todos as doenças mentaes.

Nas fórmas mixtas da psychose maniaco - depressiva, o tom affectivo depende do typo clinico que prepondéra.

Assim ha humor alegre, euphoria, na mania improductiva, no estupôr maniaco e na fórma em que ha fuga de idéas com inhibição psycho - motora, a que Kraepelin não confere designação propria.

Ha humor triste, estado melancolico, nas tres fórmas seguintes: mania com furor, excitação com depressão, e

na em que elle se associa á fuga de idéas e inhibição psycho-motora. Como bem se vê, em qualquer fórma de psychose maniaco-depressiva ha modificação essencial da affectividade e a alteração do humor é mesmo o elemento fundamental para a bôa diagnóse. Basta que a alegria exaggerada ou a tristeza sem causa se constate a caracterizar um quadro clinico, para que com bons fundamentos se possa desconfiar da psychose maniaco-depressiva.

Nas fórmas mixtas da psychose maniaco-depressiva ha a tomar em consideração casos em que o humor não é propriamente alegre ou triste e sim, raivoso, colerico. Assim é que na mania com furor, a que os auctores se referem, ha muitas vezes raiva e não tristeza.

Na *psychose de involução* predomina a tristeza. No cerebro cuja nutrição vai minguando, o humor triste campeia. O egoismo que foi o apanagio dos primeiros dias da vida, vai dominando a ultima phase da existencia. A modalidade clinica que corresponde exactamente á loucura pre-senil de Kraepelin, abrange typos clinicos em que se patenteia predominante a tristeza.

São os quadros morbidos que são por Kraepelin rubricados: melancolia, estados de ansiedade, catatonia tardia, loucura depressiva, estados ansiosos terminando em apoucamento, estados depressivos com accentuado apoucamento, estados de excitação com apoucamento, fórmas paranoides (delirio de prejuizo senil).

Nas *psychoses por lesões cerebraes e demencias terminaes* predominam os phenomenos de *deficit* mental e a affectividade se perturba.

O demente chora ou ri com a maior facilidade pelo motivo mais futil. Tem momentos, em que mostra grande interesse por uma dada pessoa e dentro em pouco della se desapega, sem que para tal haja motivo plausivel.

Na arterio-esclerose cerebral, na syphilis cerebral ha modificações bem sensiveis da affectividade. O doente não sente mais como nos tempos idos. Modifica-se-o o humor e o tom de tristeza irritavel sobresahe.

Vive aborrecido, altercando com tudo e com todos. O egoismo vai preponderando e á noticia da morte de um parente amigo não corresponde elle com a mesma tristeza ruidosa, com que acode a um nonada affectivo. O mal é assignalado por estas incongruencias sentimentaes e exaggeros paradoxaes de reacção emotiva.

Na *paralysia geral* tambem se altera a affectividade.

Os auctores assignalam todos a exaltação sentimental do paralytico geral. Mas ha a discutir este ponto. Nas fórmas mais communs da meningo-peri-encephalite chronica diffusa ha um estado de euphoria que mantém o doente prazenteiro, propenso a acolher com fartas mostras de carinho quem delle se aproximar. O prazer de viver, o optimismo no encarar as cousas não permittem demora para analysar mais miudamente os factos. E' por isso que a prodigalidade parece confirmar o altruismo do demente paralytico. No entanto, este homem que acarinha o extranho que se approxima delle, que alegre offerece repartir os seus phantasticos milhões, é o mesmo que indifferente e sem lagrimas, quêda ante o leito de morte do proprio pai. Si houver um conflicto entre a satisfação do proprio conforto e o interesse de outrem, não hesitará. O egoismo preponderará, attestando a involução mental do demente. O paralytico geral prorompe num pranto convulso diante das lagrimas de outrem ou de uma futilidade que tal não mereça. E' a mesma extravagancia de reacção emotiva, que sóe occorrer nos estados demenciaes.

Acredito, pois, que, na essencia, haja diminuição da affectividade, em vez da exaltação que se descreve. O doente, no intimo, cuida mais de si, que dos outros. Póde parecer que haja um certo descaso pela propria pessoa, mais isto é fructo da euphoria, alegria morbida que faz vêr tudo como no melhor dos mundos e não merecer portanto, maior attenção.

Na *epilepsia* a affectividade tambem se modifica. Ha um cunho de irritabilidade, de máo humor, que é peculiar aos comiciaes. E' uma especie de tristeza aggressiva, que faz com que acôlha elle mal os seus mais intimos.

Quantos epilepticos tenho eu visto que maltratam pais e irmãos, carinhosos e desvelados, como si fossem estes os culpados da desdita que os feriu. A' menor observação acodem com máus modos e, abstraindo mesmo dos actos impulsivos, investem com desmedida violencia contra os que mais os estimam. A' medida que as crises se vão amiudando, o cerebro vai se exhaurindo e a affectividade se vai perdendo. Ha ainda ahi uma diminuição da sensibilidade affectiva.

Na *hysteria* ha, em geral, uma exaltação da affectividade. De accôrdo com as idéas de Babinski vive este

doente a crear phenomenos pela influencia exclusiva da suggestão, que se esboroam diante da persuasão. Vibra facilmente diante de qualquer abalo emotivo. E suas reacções são promptas e muitas vezes intempestivas. Nesse ponto ha uma certa approximação com o que se observa nos estados maniacos. No entanto, ha muito mais persistencia do que nestes. A hysterica sabe sentir e muitas vezes revela um desvelo verdadeiramente notavel. Doentes sujeitos a crises convulsivas hystericas repetidas dellas se esquecem e tenho-as visto á cabeceira de filhos doentes, noites a fio, numa dedicação extraordinaria, sem que o animo se lhes quebrante.

São creaturas muito sensiveis, que passam facilmente do chôro ao riso.

A's vezes, esta transição rapida é simples documentação da instabilidade psychica propria dos degenerados; muitas vezes, porém, houve uma nova excitação da peripheria, minima embora, que fez com que se désse a passagem rapida do chôro ao riso. Se o desejo de armar a effeito póde ser suspeitado em alguns casos, em quasi todos, porém, de tal se não póde cogitar. A reacção emotiva é intensa e sincera e a persistencia na dedicação, com sacrificio do proprio bem estar, é outro attestado da sua grande affectividade.

No *nervosismo*, o mesmo se verifica.

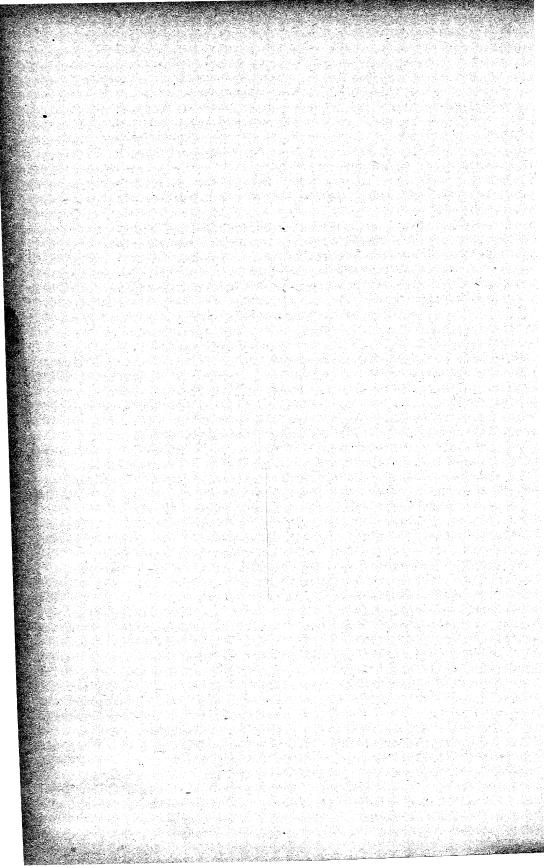
Entendo como nervosismo, uma fraqueza irritavel do systema nervoso, fórma da neurasthenia em que ha numerosas perturbações da cenesthesia, estado de ansiedade quasi permanente e reacções promptas e desproporcionaes diante de causas minimas.

O individuo sente de mais e reage exaggeradamente. Parece que se transborda de força nervosa e ha um estado de fraqueza, consequente á má nutrição do systema nervoso, que se exteriorisa pela excitabilidade permanente. O doente que vive afflicto, numa ansiedade terrivel, se não esquece dos seus, lhes prodigalisa toda estima e, si adoecem, de sua cabeceira se não afastam, esquecidos de sua fraqueza nervosa que, mais tarde, de novo os empolga e anniquila duradouramente.

Na *psychasthenia*, exgottamento nervoso originario, caracterisado por obessões, phobias e idéas fixas, a affectividade se mantém intacta. Póde parecer, á primeira vista, que o doente só se importe com o que mais o angustia, mas é puro engano. Sente bem as agruras dos seus e se commove com ellas.

Nos *estados atypicos de degeneração*, a affectividade diminúe. Si é ella um requinte dos cerebros mais evoluidos não é de admirar que mingue nos que menos o forem. O individuo vive mais para si e pouco se incommoda com os outros. Outras vezes ha um fundo de irritabilidade, *iracundia morbosa*, que faz com que acuda mal a qualquer demonstração affectiva dos que o rodeiam.

Nos typos de personalidade morbida com predisposição psychopathica, é igualmente sensivel a instabilidade affectiva.

Na *imbecilidade e idiotia* ha diminuição da affectividade. As noções moraes mais differenciadas não são apprehendidas por um cerebro que pouco evoluiu. D'ahi deriva, pouco se extremarem em desvêlos e carinhos. Entram no padrão dominante nos alienados, com diminuição da afectividade.

ATTENÇÃO

A attenção representa um acto psychico superior. E' a faculdade interna que permitte, se dê a apercepção. E' uma qualidade da camada cortical do cerebro que faz com que um objecto qualquer possa ficar mais tempo debaixo da inspecção da consciencia, de sorte a penetrar no ponto de mira desta.

Ahi é miudamente analysado, apanham-se todos os seus predicados, tem-se uma noção nitida delle.

Para que tal se consiga, é preciso que, ou a impressão seja muito forte e force o cerebro a recebel-a bem, ou haja da parte delle desejo de observar detidamente.

Em qualquer hypothese, é preciso que haja estimulo e seja este de certa intensidade. Por outro lado, só póde ter attenção o cerebro que tiver certo desenvolvimento, que pertencer a ente aprimorado na escala psychologica. E' sempre um cunho de superioridade.

Não ha attenção nos seres inferiores em que não houver cerebro.

Ferrier localisou a attenção nos lóbos frontaes. Wundt, Bastian e Bianchi concordam em que seja séde da attenção o lóbo frontal.

No que não são, porém, concordes com o primeiro, é no concernente á razão de ser de tal facto.

Ferrier que poude observar que em macacos, em que fez a extirpação dos lóbos frontaes, faltava dahi em diante a attenção, acreditava que tal se désse, porquanto ahi se encontravam a séde da ideação e da percepção visual, bem como a dos movimentos da cabeça e dos olhos.

Bianchi que não concorda com estas localisações, acredita, com Wundt e Bastian, que na parte anterior do cerebro se asséste a apercepção e, portanto, ahi se dê a attenção.

Uma excitação qualquer, para que seja apercebida, segue até os lóbos frontaes. Dahi segue dous trajectos: uma parte vae reforçar, na zona sensorial, a impressão recebida, de sorte a destacar bem os seus detalhes, outra vae á zona motora, volitiva, determinar um estado de tensão muscular que reforça 'a atenção. Ribot diz que durante a attenção ha uma vaso-dilatação cerebral, dependente do sympathico. O rythmo respiratorio torna-se lento, ás vezes com certas paradas.

Póde haver o bocejo e o suspiro. Ha contracção do frontal que augmenta a illuminação dos olhos. Os globos oculares focalisam na fovea o objecto observado. As lentes do crystallino adaptam-se á luz e á distancia dos objectos.

Para que se possa prestar attenção, é preciso que o objecto desperte interesse. Assim, si se fizer como assignala o Prof. Franco da Rocha, uma exposição erudita sobre fórmas de governo a uma creança, esta cabeceará de somno e lhe não prestará attenção alguma; que se lhe narre um conto de fadas, e ella acudirá com o maximo empenho. E' que no primeiro caso a narrativa lhe não interessa.

Para que se desperte a attenção, não é mister que se tenha vontade de fazel-o.

Si houver um excitante externo bastante energico, póde arrancar o individuo da distracção em que se ache, e fazer com que convirja a attenção para o objecto.

Si se projectar um fóco luminoso sobre um dado conjuncto de cousas, actuando elle muito rapidamente, apanham-se apenas algumas. Um segundo raio que se projecte, rapido e fugaz embora, e já se percebem outros.

E' que nesta segunda vez já se associam as imagens da primeira com as que nesta se apprehendem.

No fim de algumas projecções rapidas e successivas, já se reconstitue com toda perfeição o quadro que se tem diante dos olhos.

Umas sensações ficam armazenadas no cerebro, as outras que se seguem, são analysadas e comparadas com estas e tem-se assim uma imagem do conjuncto.

Nas primeiras projecções de luz não ha quasi attenção; depois, as excitações reiteradas a revigoram e é, em seu maximo de tensão, que successivamente se vão per-

cebendo as outras imagens, relacionando as côres que possuam, até que se dê a apercepção.

E' um caso, pois, em que se começa sem querer prestar attenção e esta acode depois impetuosa.

Ou dá-se pela propria vontade do individuo e é espontanea ou voluntaria, ou occorre em consequencia de uma provocação exterior e é artificial.

Ribot concebe a attenção como um estado intellectual exclusivo ou predominante, com adaptação espontanea ou artificial do individuo.

Quando se processa, ha sempre um esforço na intensidade dos estados de consciencia. Ha um erethismo cerebral que esclarece mais as qualidades da sensação.

Póde ser ainda classificada em intellectual ou sensorial, e voluntaria ou automatica.

Intellectual e voluntaria quando o estimulo para que se dê a attenção, partir de dentro para fóra; sensorial ou automatica quando surgir em consequencia de forte excitação externa.

Activa, é a que se opera porque se quer; passiva é a que se dá, embora se não queira a principio.

Uma monotonia que se rompa, é uma nova fonte de attenção que se desperta.

Assim, o lente que discorrer sobre um assumpto fastidioso, verá o seu auditorio somnolento e distrahido, ficar bruscamente attento, no momento em que uma anedocta humoristica venha a entremeiar-se no assumpto. E facto curioso é que muitas vezes não occorre concomitantemente uma mudança na tonalidade da voz e o auditorio fica logo attento.

E' um caso de attenção passiva.

A attenção que é elemento essencial para que se dê a apercepção, faz com que convirjam no campo da consciencia todos os elementos que podem dar uma idéa exacta do objecto, que possam ter qualquer relação com elle, e ao mesmo tempo afasta os que delle independem. E', pois, um acto ao mesmo tempo motor e inhibitorio. Isto que parece um paradoxo, é a expressão da realidade. Quando um individuo presta attenção a um quadro qualquer e surge no seu campo de mira uma série de moscas, por exemplo, que lhe esvoaçam na frente, elle não vae observal-as detidamente: abstrahe dellas e continúa a olhar attento para o quadro que o impressionara. O seu cerebro afastou logo o que lhe não interessava. Ao mesmo tempo ha um processo de selecção mental. Quando liga

a sensação que teve, com as anteriores, o que lhe permitte fazer uma idéa do que occorre, desvia elle sempre do seu campo de consciencia as sensações que possam surgir e que não tenham relação com o que o impressionou, ou que lhe sejam contrarias.

A attenção espontanea só se dá no que determine prazer. No entretanto, uma sensação de pezar, um abalo moral profundo, de fórma deprimente, podem acarretar a attenção artificial.

Aquillo que não póde occorrer, é que o individuo esteja attento a cousas que o encham de prazer, e não desvie immediatamente qualquer pensamento triste que lhe acuda.

Assim é incontestavel que uma pessoa que se ache no maximo do fastigio, no dia de sua maior gloria, de enorme alegria, não pensará, meio minuto a fio, na hora de sua morte, no momento de sua inhumação.

A attitude de quem fica attento, impressiona bem a quem observa.

Os movimentos tornam-se mais vagarosos ou cessam; a fronte fica franzida; os supercilios enrugam-se; o olhar fica parado e as pupillas dilatadas demonstram a impressão recebida.

Quando a attenção se dá durante muito tempo, ha uma dôr forte na região occipital, a qual é por Fechner explicada como uma consequencia da contracção dos musculos da região, durante longo tempo, e por Münsterberg interpretada como cansaço pela fixação demorada da cabeça.

Em qualquer hypothese haverá a fadiga pela permanencia demorada numa posição.

Em consequencia de contracções musculares intensas, os globos oculares ficam fixos por tanto tempo, que se sente uma compressão nelles. Podem ficar lacrimosos, congestionados e, ás vezes, haver um ligeiro estado vertiginoso.

Igualmente póde tornar-se impossivel fazer durante algum tempo a apercepção. E' um cansaço que impõe o repouso. Mal este se dê durante algum tempo, a intelligencia fica lucida e a apercepção torna-se facil.

A attenção não póde fixar-se ao mesmo tempo em tudo quanto rodeia o individuo. Apanha apenas um certo numero de objectos.

De uma só vez, seis, no dizer de Bennet, quatro, segundo Tucker; seis, no pensar de Destutt de Tracy.

Predomina, pois, a idéa de ser de seis o numero de objectos que no maximo se consegue apprehender num momento. As imagens acodem successivamente e a synthese mais singela é esta.

Quando a attenção converge na espera de um facto que já se sabe qual seja, vê-se que ás vezes ha uma prepercepção, isto é, parece que já elle occorria antes que tal se dê.

Assim, o individuo que vae fazer uma sangria, si muito attento ás primeiras gottas de sangue que devem escorrer, póde enxergar o sangue, antes mesmo que a lanceta tenha cortado a veia.

E' uma illusão pelo esfôrço da attenção.

Ou então succede que com uma rapidez incrivel a attenção apanhe a existencia da primeira gotta.

E' facto, pois, que a attenção encurta muito a duração dos actos psychicos.

Na minha these sobre a duração dos actos psychicos elementares apresentei uma série consideravel de experiencias de psychometria, pelas quaes se verifica que o tempo de duração dos actos psychicos elementares é na média de 0",200.

Esta é a média nos individuos são. Pois bem, nos idiotas verifiquei um caso em que era o tempo de 1",004,

Num demente foi de 1",807. Um doente de estupidez vesanica levou 2",174 a reagir.

Vê-se, pois, a differença enorme, que ha entre o typo morbido e o são.

E' que ha no primeiro caso menor permeabilidade no trajecto do reflexo cerebral.

Facto interessante é que basta que se apresentem casos em que a faculdade de attenção seja mais accentuada, para que a reacção seja mais prompta.
Muitas e muitas vezes tive occasião de observar isto, e na minha these fartamente se comprova o facto.

E', pois, incontestavel que a attenção simplifica o tempo de reacção cerebral. No caso em que se deve fazer a reacção com discernimento, vê-se que o tempo de duração é muito maior. Assim, olhando-se para um quadro de vidro em que devam apparecer tres côres: amarello, azul e vermelho, alternadamente, e sabendo-se que só se deve dar o signal quando, por exemplo, apparecer o vermelho, vê-se que como se tem de prestar attenção a tres cousas diversas e escolher uma dellas, perde-se tempo mais largo.

E' este um processo interessante de psychometria superior.

Outra experiencia interessante é a em que se pede escolher a côr e reagir, conforme ella, com a mão direita ou com a esquerda.

E um raciocinio que exige muito maior esforço de attenção.

Complique-se o problema e tem-se ainda outro ensaio de psychometria superior. O individuo deve distinguir uma série de numeros que se apresentem num mostrador, enumeral-os, aliás em voz alta, e mede-se o tempo que gasta para enuncial-os logo que os viu.

Ou ainda póde-se medir o tempo que se consome para fazer um calculo simples de multiplicação ou de addição.

Em qualquer desses ensaios curiosissimos de psychometria, além de se medir o tempo de raciocinio, de associação de idéas, etc., sempre se exige a attenção e o facto de se achar ella presente, simplifica o tempo de reacção. São recursos todos, em que se póde pol-a em jogo.

O maximo da attenção intellectual, a concentração muito intensa em uma série de imagens cerebraes póde apresentar o individuo como si estivesse com o cerebro vasio, distrahido, abstracto.

Não toma conta do que se passa em redor de si, mas vive num auge de subjectivismo. E' uma nova especie de paradoxo. Na *distração* o individuo não percebe as impressões externas normaes e concentra um excesso de attenção sobre um dado objecto.

Assim, o caso de Archimedes que na tomada de Syracusa estava tão attento aos seus calculos geometricos, que, ao receber o golpe que o levou á morte, limitou-se a dizer ao soldado que o ferira: *Noli turbare circulos meos!*

Scaligero, absorto na leitura de Homero, teve conhecimento dos factos da noite de S. Bartholomeu que occorreram á sua porta, apenas no dia seguinte.

Carneade, philosopho eminente, engolphado em suas cogitações, era alimentado por sua criada, senão morreria de fome. Newton, muitas vezes, deixava de comer, entregue ás suas abstracções.

Cardano fez uma longa viagem, attento á resolução de um problema mathematico. No fim della, não soube mais para que lá ia.

Com Viet succedia tambem que não pensava em comer nos dias em que estava a calcular.

E mais interessante ainda é o caso de Budaeus que entregue a cogitações philosophicas, se esqueceu, no dia de seu matrimonio, de que se havia casado, e foi sua noiva buscal-o no gabinete em que estava immerso em suas elocubrações.

Quando se quer prestar attenção a uma cousa que não agrade, é preciso um certo esforço. No fim de algum tempo este se exhaure e é preciso renoval-o, successivamente, até que a fadiga torne quasi impossivel qualquer outra tensão mais demorada.

Igualmente, quando se presta attenção a uma cousa só, durante muito tempo, chega um momento em que se torna impossivel continuar attento.

Apenas em casos pathologicos, nas idéas fixas, póde haver uma excepção a esta regra. Educa-se a attenção como se faz com a vontade, com a memoria.

Assim, o individuo habituado a estudar, presta attenção muito facilmente e durante muito maior tempo que um que o não esteja. Estudos curiosos têm sido feitos no que concerne á influencia que tem a attenção sobre os movimentos respiratorios.

Mac Gamble assignala que de accordo com o grão de attenção varia o numero de movimentos respiratorios. Quando muito elevado, decresce consideravelmente este numero; parece que quasi se não respira.

Quando pouco attento, vê-se que no individuo ha pouca modificação quando ao respirar, ou os movimentos respiratorios se tornam mais accelerados.

Müller diz que ha sempre uma adaptação de todos os orgãos, um estado de excitação do systema nervoso central que acarreta maior facilidade na recordação das representações.

Quando se faz um calculo mental e se custa a resolvel-o, succede, ás vezes, que um periodo de somno traga ao despertar a resolução do problema. E' que perdura um estado de automatismo em que a excitação cerebral prosegue. Tschisch descreve com pormenores o facto.

Quando se presta muito attenção a uma dada paysagem, os seus predicados se accentuam por tal fórma que adquirem mais virtudes e colorido. Reforça-se sempre a qualidade da sensação.

No caso de attenção a um objecto imaginario, este reforço se póde tornar tão notavel, que apparece no exte-

rior o objecto, bem delineado, como si fôra a realidade. Este já é porém, um caso pathologico.

Para que possa haver attenção, é preciso sempre que se dê uma adaptação dos orgãos dos sentidos, que o cerebro se mostre disposto a receber a impressão demorada que vem excitando, que haja um grau sufficiente de erethismo nervoso que permitta fixar a imagem. Acredito que a manifestação motora seja sempre um effeito da attenção e não causa della.

A tensão muscular faz com que haja uma attitude propria do attento. E' uma prova da excitação cerebral. A causa foi sempre a sensação que se tornou consciente. Houve percepção, depois apercepção e dahi surgiu por um lado a tensão muscular, adaptação dos orgãos, por outro uma revivescencia de todas as imagens connexas, para que melhor se esclareça a sua individualidade.

E' por conseguinte, a attenção um predicado que assignala uma certa superioridade do orgão cerebral. Quem póde possuil-a, póde apprehender melhor o que se passa no mundo exterior ou então meditar longamente, tirando resultantes de uma série de imagens cerebraes. Em qualquer dos casos trabalha-se muito mais com o cerebro.

E um acto psychico superior.

Pois bem, este acto superior se ostenta em muitos alienados. Vê-se mais uma vez que a pathologia mental nada mais é que uma variante da physiologia normal.

Os orgãos são os mesmos, as funcções são as mesmas. Apenas a synergia funccional se altera.

Ou ha um excesso de funcção ou uma diminuição ou uma falta de coordenação entre as funcções.

Rompe-se o equilibrio cerebral: tem-se a alienação.

De Sanctis admitte nos casos pathologicos dous gráos de perturbação da attenção: ou perda da faculdade de concentração desta, ou difficuldade na applicação della.

Esta classificação que não tem grande valor clinico e apenas historico, precede a que distribue os typos clinicos pelos gráos que possam ter: hyperprosexia (exaggero da attenção). hypoprosexia (diminuição), aprosexia (falta) e paraprosexia (alteração qualitativa da attenção).

Como methodo de psychologia experimental para exploração e medida da attenção se póde utilisar a prova de Binet que consiste em pintar numa folha de papel um certo numero de pontos, de tamanho variado e de collocação irregular. Manda-se que o doente os conte e obser-

ve-se quantos escaparam e quanto tempo se gastou. Binet diz ser fraca a attenção de quem levar mais de quinze segundos para contar os pontos do seu quadro — test.

Outra prova é a do Dr. Toulouse que manda que o individuo se colloque deante de dous commutadores, um dos quaes bata de vez em quando uma campanhia e o outro accenda uma luz.

Sempre que elle escutar ou vir, marcará separadamente em um papel o momento, em que tal occorrer e assim terá comprovado a sua capacidade de attenção.

A prova de Bourdon consiste em mandar que se cancellem em um artigo qualquer, os *a*, os *i*, ou outra qualquer letra, e verificar quantas escaparam e quanto tempo se consumiu.

A esta prova de Bourdon se apresenta a objecção de que em muito a facilitará o habito da leitura que possa fazer com que já se prevejam as occasiões, em que uma dada letra vai apparecer.

Por este motivo o Dr. Julio Camino Galicia, auctor de um excellente livro de Psychologia Experimental, propõe um *test*, em que ha 100 quadrados, dos quaes 25 têm um risco do lado de cima, 25 de baixo, 25, á direita e 25, a esquerda.

Além disto, 50 têm um ponto negro no centro e 50, não. Entre os quadrados ha 50 pontos negros e 50 brancos

Para contar os pontos negros, um individuo de attenção normal deve gastar quinze a vinte segundos. O mesmo tempo deve gastar respectivamente para contar os pontos brancos, os quadrados com pontos negros e os sem ponto. Na contagem dos quadrados com risco do lado de cima e na com risco inferior será o tempo de 10 a 15 segundos para cada qual; 25 a 30 segundos é o tempo médio que se deve gastar para contar os quadrados com risco á direita e para os com risco á esquerda, separadamente.

E este um excellente methodo para verificar a capacidade de attenção que tem a grande vantagem de poder servir para analphabetos que constitúe a maior percentagem de doentes dos nossos asylos.

Para se verificar si a attenção é estavel, manda-se que o individuo leia um trecho interessante e faça-se barulho ao lado, converse-se sobre outro asumpto, façam-se commentarios sobre a pessoa delle e observe-se depois

pelo resumo que faça do que leu, se continuou attento á leitura.

Observando os diversos grupos psychiatricos, vê-se que póde haver hyperprosexia, exaggero da attenção, como que uma hypertraphia desta, nos casos de *paranoia, delirio systematisado allucinatorio chronico, hysteria.* Em relação a estas tres clases devo assignalar que muito divergem os auctores, encarando uns o que nos doentes se passa, como prova de aprosexia, outros de hyperprosexia. Discutirei em tempo a questão.

O doente de paranoia, apresenta um gráo maximo de capacidade de attenção. Convicto de que todos lhe devam homenagem, certo de sua alta capacidade intellectual, num egocentismo notavel, acode com a attenção prompta a qualquer acto que lhe deturpe a norma orgulhosa de sua vida. E, eterno desconfiado, fica com a attenção á espreita da menor falta de apreço dos que o rodeiam.

Observador attento, esmerilha com o olhar os sentimentos de seu interlocutor.

E ai! deste si o monospreço de antolhar!

O doente de *delirio systematisado allucinatorio chronico,* tem tambem um gráo maximo de attenção. No periodo de ruminação, principalmente, em que analysa as perturbações sensoriaes que nelle occorrem, fica muitissimo attento a quanto o rodeia. Um nada póde explicar muitos factos e, á procura de tudo, nada lhe passa despercebido.

Nos casos de *psychose maniaco-depressiva* em que haja a fórma melancolica, ou nos typos puros de melancolia delirante de involução, hoje contestaveis na sua pureza, occorre muitas vezes a hypetrophia da attenção.

Idéas hypocondriacas podem fazer com que os melancolicos fiquem preoccupados apenas com as alterações de uma dada viscera.

Só a estas prestam uma attenção tal que se rompe o automatismo, com que passam inconscientes.

As illusões que vêm frisar a situação desgraçada em que se julga o melancolico, impressionam-no por tal fórma que vive numa attenção terrivel ao menor ruido, á menor phrase com que se cimente ainda mais a sua convicção de infortunio.

Póde succeder no caso de estupor melancolico que não preste attenção ao que o rodeie, mas ella existe inteira e impetuosa com relação ás idéas delirantes.

Nos casos de extase em *hystericas*, ha a maxima attenção ao que diz respeito ao sonho em que vivem.

No primeiro periodo do hypnotismo coincide com a concentração do olhar um monoideismo suggestivo.

Fica muito attento ás injuncções que do hypnotisador vae receber. E isto é uma condição inilludivel de successo.

Nos casos de idéas fixas, obsessões e impulsos que constitúem a *psychasthenia*, varia o modo porque entendem os auctores o assumpto.

Uns pensam que haja uma demonstração de hyperprosexia, outros de hypoprosexia.

Como entender o assumpto?

Analysando a significação de cada termo. No caso da idéa fixa, o individuo pensa constantemente num facto qualquer, numa cousa qualquer, tem uma idéa que se implanta em sua consciencia e a não deixa.

Não ha emoção angustiosa como na obsessão, e este é o elemento differencial mais importante, mas se impõe por tal fórma que não ha possibilidade de pensar noutra cousa; tudo converge para ella.

Quando a obsessão se verifica, ha uma ansiedade que acompanha a idéa morbida. O cerebro tenta reagir contra a idéa que o avassala, e na impossibilidade de o fazer, fica numa afflicção enorme, a tentar libertar-se da idéa que o tortura.

A idéa fixa, que é uma paranoia abortada, não acarreta ansiedade; a obsessão, que é o resumo de um delirio, determina afflicção. Cessa esta em alguns casos com a descarga que se impõe e que se objectiva no impulso.

Em qualquer dos casos, parece-me, occorre o que se chama hyperprosexia sensorial automatica. O individuo não concentra a sua attenção porque o queira fazer. Fal-o porque o cerebro fica por tal fórma dominado que só póde pensar no que o opprime.

A sua attenção é maxima, ou para interpretar o que se passa, ou para ligar a idéa que teve, com outras connexas, ou buscar elementos com que se consiga libertar do pensamento que o tortura. O individuo tem de ficar attento, embora não queira.

E' o estimulo que parece vir de fóra, mas se constituio no proprio cerebro que força a attenção. Como o individuo não fique attento egualmente a quanto se não prenda á idéa fixa, houve quem dissesse que então havia hyperprosexia.

Mas basta ponderar, que si, de facto, ha desvio da attenção, esta se ostenta maxima em relação a certos factos e repugnaria acceitar como pouco attento quem do contrario taes mostras dá. O impulsivo dedica egualmente a maxima attenção quando a obsessão precede e acarreta a descarga motora, aos elementos que justifiquem o seu acto e ao modo porque se deve elle operar.

A hypoprosexia ou diminuição da faculdade da attenção, verifica-se nos seguintes casos: *nervosismo, imbecilidade, idiotia, demencia organica, demencia paralytica, estados maniacos e hysteria.*

O individuo tem diminuição na capacidade de ficar attento em tres hypotheses: ou quando não consegue dirigir as suas associações de idéas, ou não consegue fixar durante algum tempo em sua consciencia as suas idéas, ou não fica um só momento desembaraçado de idéas automaticas que o empolgam.

Em qualquer dos casos ha demora no tempo da reacção cerebral. Para que haja hypoprosexia, basta, ás vezes, que haja cansaço do cerebro. E' muitas vezes a demonstração mais precoce e positiva da paralysia psychica.

Um individuo póde ficar attento só a custo, ter hypoprosexia, ou quando o cerebro se achar fatigado, ou quando não tiver evoluido grandemente e se approximar dos seres inferiores, ou uma avalanche de idéas o assoberbar por tal fórma que lhe não permitta ficar muito inclinado a acolher qualquer outra.

Nos neurasthenicos, particularmente nos casos de *nervosismo*, o cansaço da attenção se ostenta precoce e accentuado. Não conseguem prestar attenção demorada ao que se lhes diz. Em aula a que assistam, é certo que quasi nada conseguirão aprender. Poucos minutos a fio conseguem ficar attentos ao que se lhes prelecciona.

Nos que já vão pela alçada da psychiatria, o phenomeno se ostenta mais exuberante. Cada vez se vão abstrahindo mais do mundo exterior. Extenuados ao menor esforço, evitam pensar e si o fazem, é na preoccupação constante de buscar, em sua hypocondria, provas de que tudo vae mal, de que o seu corpo se vai abeirando do tumulo. Engolphados na tristeza, exhaustos sempre, a sua attenção é quasi nulla nos casos mais adeantados. A's vezes são typos de "concentrados no vacuo". Ficam com o olhar fixo, a attitude attenta, como si pensassem em alguma cousa e em nada cogitam.

São os abstractos, os distrahidos.

E' uma especie de inhibição cerebral pela ansia em que vivem, de ter momentos de repouso.

Nos casos mais profundos de *imbecilidade*, póde notar-se a difficuldade de ficar attento.

E' que o cerebro se ostenta atrazado e como tal não póde apresentar o que aos seus congeneres não cabe.

Na *demencia organica* ha o gasto, a dissolução cerebral e em consequencia de tal, já prematuramente se torna difficil a attenção. São individuos pouco attentos, já pela escassa energia cerebral de que dispõem, já pela distracção que lhes é peculiar e que é attestado frisante da amnesia que se vai operando. E' preciso que sejam solicitados uma e muitas vezes, para que afinal prestem uma attenção fugaz e transitoria. Esquecem-se de que devem ficar attentos, cansam-se com facilidade.

Na *paralysia geral progressiva* vê-se muitas vezes em seus primordios que o doente ao escrever, omitte algumas lettras, troca uma por outra, certo sempre de que o não fez.

Ahi já ha uma demonstração de amnesia, mas ao mesmo tempo de hypoprosexia, pois não ha a possibilidade de manter a attenção fixa no que vai escrevendo. Si a demencia paralytica já caminha pelo seu ultimo periodo, já se depara mais que hypoprosexia: ostenta-se a aprosexia.

Nos *estados maniacos* ha diminuição da capacidade de prestar attenção.

Havendo notavel excitação psychomotora, uma torrente de idéas atropella o individuo e lhe não permitte, preste attenção por muito tempo ao que se lhe diz. No entanto, embora ás vezes a custo, sempre o faz, e nisto ha a differenciação com a confusão mental, em que se depara a aprosexia.

No *hysterico* ha muitas vezes um embotamento da attenção. O estreitamento do campo da consciencia nelle circumscreve tal qualidade.

Nos casos de extase ha excepção á regra, pela natureza especial do estado delirante. Nos demais, porém, a mobilidade extrema das concepções delirantes acarreta a falta de fixidez, a hypoprosexia.

A aprosexia ou falta absoluta de attenção vê-se na idiotia e na confusão mental ou no coma epileptico.

Na *idiotia* o cerebro não evoluiu e por isso, não póde possuir predicado que pertence aos superiores.

O typo perfeito do idiota não permitte que pense em cousa alguma. Não póde, pois, permanecer attento.

E' um meio mesmo que já foi invocado para se fazer a differenciação com o imbecil: este póde prestar attenção e transmittir um recado, aquelle nunca o fará.

Nos doentes de *confusão mental*, o cerebro, dominado por uma toxi-infecção, não póde ficar attento. Ha aprosexia.

E esta é tanto mais notavel, claro está, quanto mais se approximar o typo clinico do da estupidez vesanica.

O coma implica sempre a falta de attenção. E' portanto, racional que no coma, com que se arremata a crise epileptica convulsiva, seja a aprosexia elemento valioso para consolidação da diagnóse.

A *paraprosexia* ou perturbação qualitativa da attenção, segundo um schema de Sanctis, consiste em ter o individuo a capacidade de attenção, mas tendo esta certas alterações.

Assim, são os individuos que em vez de prestarem attenção a uma cousa, prestam muito a uma outra, que esvoaçam constantemente seu pensamento de um lado para outro. Isto se verifica nos degenerados.

Esta classe não é por todos acceita e por muitos é englobada na da hypoprosexia.

Nas outras fórmas clinicas da psychiatria não ha alteração neste acto psychico superior. No tocante á *eschizophrenia,* acreditam alguns que haja hypoprosexia, mas Kraepelin pondera, com muito acerto a meu vêr, que estes doentes percebem bem e ficam attentos ao que os rodeia, mas não reagem, ás vezes, porque ha uma oppressão pathologica que faz com que por negativismo reluctem em attender ao que se lhes pede.

Percebem, aperecebem, mas não reagem.

Este é um dos meios de distinguir da confusão mental.

Synthetisando o que linhas anteriores vim assignalando, póde-se, pois, pela capacidade de attenção que possua um doente, excluir certas modalidades clinicas psychiatricas e admittir outras.

E', portanto, mais um elemento valioso com que nos casos em que fôr cabivel a hesitação, o problema se esclarecerá e a verdade se ha de impôr.

CONSCIENCIA

Parece, á primeira vista, ao leigo no assumpto, que consciencia em alienados é idéa esdruxula e contradictoria. O facto de ser um individuo alienado faz suppôr, talvez, que não tenha consciencia. Puro engano! Si muitas vezes não é ella completa e perfeita, o que não padece duvida é que no commum dos casos se antolha pervertida, modificada para mais ou para menos, deturpada, existindo, porém, quasi sempre. No estudo das questões sobre a consciencia não irei recorrer ás doutrinas da metaphysica, em que, de accôrdo com o sentir de cada philosopho, vem ella interpretada ou definida de um ou de outro modo.

Para que o assumpto se revista de cunho propriamente scientifico, mistér se faz que nada se conceba que se não apoie nos ensinamentos da neurophysiologia. Nella é que devem buscar alicerces todos os conceitos e, quando a sciencia não houver esmiuçado todos os meandros da duvida, é preciso que a explicação se baseie em raciocinio estribado nas leis geraes desta. Por isso, procurarei discutir tudo, prescindindo das doutrinas philosophicas controversas e apoiando-me no que a physiologia ensina.

A consciencia é um producto de differenciação. Só apparece nos seres evoluidos, differenciados. Na simples massa de protoplasma, na monéra, ha apenas irritabilidade, excitação e reacção consequente, reflexa. Não ha analyse da sensação recebida. Discute-se si nos seres superiores á monéra já ha um rudimento de consciencia. Já se percebe um certo vislumbre de selecção e a escolha do meio de reagir implica um certo grão de consciencia. Mas o homem não concebe, no seu estulto afan de supremacia que seres inferiores possam ter o galardão que elle

possue. No entanto, tudo parece indicar que a consciencia vae se constituindo pouco a pouco, á medida que a evolução dos seres se vae processando.

Dá-se uma excitação qualquer, esta acarreta uma sensação. O sensorium cerebral toma conta della, apprehende-a em bruto. Depois analysa os seus detalhes e, quando tal se dá, ha um reconhecimento do que se passou. Diz-se, então, que o individuo tève conhecimento da sensação, percebeu-a e teve apercepção. Teve noção do que se passou, teve *consciencia*. E' a noção intima do facto psychico, na feliz expressão do Professor Teixeira Brandão. O mundo actúa a cada instante sobre o individuo. As sensações variam a cada passo. Dahi não poder ser a consciencia unica e immutavel. Ha estados de consciencia, cuja summula vem a dar a personalidade do individuo. Estes estados têm uma norma que lhes é dictada pela organização cerebral.

Si fôr este um individuo normal, manterão elles uma linha uniforme, que assignalará o caracter do individuo. Não irá este praticar n'um dia um acto em absoluta contradicção com seus estados de consciencia anteriores. Como um elemento permanente a acompanhar todas as suas reacções, ficarão o seu grão de educação, os ensinamentos que de seu pae hauriu, essa memoria organica de que Weissmann tão bem falou. Não ha, pois, uma consciencia unica e permanente e sim estados de consciencia que variam de accôrdo com as excitações que o meio suggerir. Estes estados da consciencia podem ser regulares, ter uma resultante normal. Então, o individuo terá uma noção perfeita do acto psychico, raciocinará bem sobre o que occorrer. Poderá, porém, haver uma perturbação de consciencia. E' o que se chama *dyssinésia*. Póde a consciencia no alienado achar-se alterada para mais ou para menos; ha no primeiro caso *hyper-consciencia*, ha no segundo *inconsciencia* ou *hypoconsciencia, obnubilação intellectual* (*sub-consciencia*).

Para que se possa reconhcer qualquer alteração na consciencia, é preciso que se analysem as qualidades desta. Em seu estudo deve-se indagar a *intensidade*, a *clareza*, a *extensão*, a *integridade* e a *continuidade*. A consciencia é mais ou menos *intensa*, segundo o individuo tiver maior ou menor poder de attenção. Um individuo que puder concentrar sua attenção mais fortemente que outro, terá a consciencia mais forte, mais nitida que este

outro. Uma consciencia mais firme implica uma attenção mais segura. Quando o individuo tiver aprosexia, não puder prestar attenção a cousa alguma, haverá falta de consciencia, não haverá noção intima do facto psychico, porque este não chega a constituir-se. Nos casos de hypoprosexia ou diminuição da attenção, a consciencia é pouca intensa, não chega a dar uma idéa nitida do que se passa. Então, ou a consciencia se mostra confusa e a pessoa não consegue ter a energia precisa para supplantar as idéas morbidas e se esclarecer no meio destas, ou adquire uma noção muito incompleta do que se passa. Em qualquer destes casos ha um estado de hypo-consciencia ou subconsciencia.

Póde succeder que haja hyper-consciencia. Então parece que se vai ao encontro dos factos. A consciencia fica alerta, convergindo para apprehender as excitações que cheguem até ella. Ha então um exaggero da attenção (hyperprosexia) e como que se vive á cata do que possa occorrer. E' o que succede ás vezes nos que têm illusões e allucinações.

Ahi é maxima a intensidade. Para que se dê a consciencia de um acto qualquer, é preciso que seja transposto o limiar. Concebe-se em psychologia que um excitante qualquer determine uma sensação. Esta é apanhada em bruto, sem analyse de seus detalhes, quando chega ao limiar da consciencia. Ha o que se denomina *percepção.* Depois, é analysada, cogita-se de seus predicados, chega-se a um ponto em que se dá a *apercepção,* ponto de mira. Ahi é maxima a intensidade consciente.

Para que possa haver consciencia de uma sensação, é preciso que tenha esta uma certa força, e esta varia na razão directa da excitação. Por meio de experiencias de psycho-physica bem curiosas, Weber e Fechner estabeleceram a lei da medida da relação entre a intensidade da excitação e a da sensação. Empregaram excitantes de força varia e observaram a energia das contracções musculares que vinham demonstrar o grão das sensações. Wundt formulou a lei, pela qual se afere o valor do limiar e a altura da excitação. Realizou ensaios em que procurou verificar qual a excitação que póde provocar uma sensação minima que chegue ao limiar da consciencia. Convém verificar primeiro qual a sensação mais fraca que póde ser percebida. Depois, indagar qual a sensação mais forte, de que se póde ter consciencia. Sendo aquella muito forte, chega a um ponto em que atordôa o cerebro;

este não póde definil-a e deixa de haver consciencia perfeita da natureza da excitação.

Delbœuf formulou outra lei, que se engloba nas que se referem á intensidade da consciencia. E' a que mede o equilibrio de tensão, isto é, indaga do tempo preciso para que um cerebro que teve consciencia de uma sensação, possa receber outra. Faz com que diversas sensações actuem sobre o individuo, e quando o cerebro se mostrar cansado, calcula o tempo que é preciso para que, depois de certo repouso, possa apprehender novas sensações. Observa pois, a intensidade da consciencia, a tensão que esta póde ter. Faz-se a experiencia, collocando na pelle dous electrodos de uma machina de correntes faradicas de tão fraca intensidade que mal se possa perceber. Notar-se-ha que, de vez em quando, falta a consciencia da applicação electrica, não ha noção da corrente electrica, parece que não se passa cousa alguma. E' que se exgottou a tensão da consciencia. Esta procurava estar alerta para o que tinha de sentir, mas o cansaço a invadiu e sua intensidade tornou-se minima. Haja um descanso e parece então que a corrente foi applicada no momento. Tal a lei de Delbœuf.

A *clareza* da consciencia mede-se pelo poder que ella tem de apprehender mais nitidamente as sensações, de apanhar com facilidade os seus predicados. N'uma consciencia clara as sensações chegam com grande altura ao limiar, chegam com muita nitidez a ser percebidas. N'uma consciencia obscura, factos normalmente apprehendidos, já o não são, nesse estado morbido, e mostrando-se obscuros, tornam-se actos automaticos, reflexos.

Quando fôr muito clara, póde haver um tal erethismo, tal acuidade que se dê a introspecção e haja illusões e allucinações da cenesthesia. Isto é, o gráo maximo do que é são e passa dos arraiaes do que é morbido.

Quanto á clareza póde-se admittir a divisão da consciencia em sub-consciencia, inconsciencia e hyper-consciencia. Na inconsciencia ha falta de clareza. Ha um embotamento cerebral. Predominam os reflexos inferiores. A vida é vegetativa. E' o que se dá nos casos de estupidez vesanica, de coma epileptico, etc. Na sub-consciencia a falta de clareza é menos frisante: tudo se antolha num lusco fusco, pouco nitido, mal percebido. E' o que se dá na confusão mental de fórma allucinatoria. Ha a consciencia normal dos individuos sãos. Ha a hyper-consciencia

em que póde haver a concentração da attenção para o interior do organismo, como nas illusões hypocondriacas dos melancolicos, ou à fixação em certos grupos de imagens, como nos casos de idéas fixas, de extases em hystericas.

A *extensão* da consciencia se regula pela capacidade que ella tem de apanhar maior quantidade de phenomenos e apprehender os seus elementos. Nos casos de mania ha um estado de erethismo, o campo da consciencia fica alargado, muito illuminado, e o doente apanha uma porção de phenomenos, não ao mesmo tempo, porque tal seria impossivel, mas atraz dos outros, com pequeno intervallo. Nos casos de hysteria, ha, pelo contrario, um estreitamento do campo da consciencia e só numero bem reduzido de imagens fica no fóco, ficando outras na penumbra, numa parte do campo, que não dá para se fazer apercepção perfeita.

Para que isto fique bem interpretado, é preciso que se explique o modo por que Wundt entendia o campo da consciencia. Comparava com o campo visual, que recebe todas as impressões que vêm pela retina. Ha, porém, um ponto de mira, de convergencia, ha um campo, em que se esbatem todas as sensações, em que se dá a percepção, e um ponto restricto, situado nelle, em que se dá a apercepção, que é ponto de mira da consciencia. Ahi é o ponto de maxima clareza, de maior acuidade. Ao redor, a claridade se vai alterando, ha uma meia obscuridade, uma penumbra em que os phenomenos já não têm a mesma nitidez. De sorte que, transposto o limiar da consciencia, ha ainda a atravessar a penumbra, para chegar ao ponto de mira.

Segundo o methodo de Wundt e Dietre, póde-se medir o campo da consciencia nos alienados. Indaga-se qual o numero maximo de imagens que, no menor espaço de tempo, póde ser apanhado pelo individuo. Neste ensaio, mistér se faz que haja muita cautela com o cansaço; que se deixe o doente repousar depois de certas tentativas, pois pela lei da fadiga do nervo, está provado que o campo consciente póde estreitar-se, apenas si se provocarem excitações constantes, repetidas. Essa experiencia faz-se com o metronomo, em que um pendulo bate com todo rythmo. O individuo escuta um certo numero de pancadas, conta-as e toma nota do numero dellas, e do tempo que gastou. Depois descansa, escuta outra série de pancadas e verifica quantas conseguiu contar no mesmo tempo.

Faz isto diversas vezes, tira uma média e consegue avaliar quanto comporta o campo de sua consciencia.

A *integridade* da consciencia depende da ligação dos elementos que a constituem. De duas, uma: ou os elementos que a formam, se mostram desconnexos, soltos, ou unidos e fracos, de sorte que não podem cohibir que idéas morbidas campeiem e mascarem o campo da consciencia. Em qualquer hypothese, esta se altera. Ha um estado de confusão mental. Si o individuo não fôr um hereditario, um predisposto, um degenerado, em summa, as illusões, allucinações, etc., não terão a força precisa para dominar o campo. A consciencia verificará que aquillo é pathologico, estranho, e continuará unida, a formar a personalidade. Assim, o caso bem raro, aliás, de uma hysterica, que, dominada por uma avalanche de allucinações visuaes, cada qual mais curiosa, raciocinava sobre ellas e separava o que era real do que era imaginario. Esta doente, que vi a convite de um dos nossos notaveis ophtalmologistas, que a operára, é um exemplo bem frizante de um caso de integridade da consciencia com allucinações.

Não se póde praticar com facilidade, ao mesmo tempo, dous actos, tendo consciencia nitida delles. Assim, segundo ensina Münsterberg, mandando uma pessoa traçar ao mesmo tempo uma linha vertical com a mão direita e uma horisontal com a esquerda, ver-se-ha que no fim de alguns ensaios tudo se baralha e se torna quasi impossivel. E' um caso de divisão de consciencia. Igualmente ha a experiencia de Binet. Apertar com a mão direita uma esphera de borracha e ao mesmo tempo que realizar a pressão, fazer uma multiplicação simples. Ver-se-ha que é quasi impossivel a consciencia simultanea nestes dous actos. Raros são aquelles que conseguem escrever um trabalho, ao mesmo tempo que entretêm uma palestra sobre assumpto muito diverso. Conheci um espirito superior que, ao mesmo tempo que redigia um relatorio, ouvia e respondia aos que lhe falavam sobre cousa diversa. Para isso, é preciso uma energia consciente extraordinaria. Nos hystericos e nos debeis é muito fraca a cohesão da consciencia. E' por isso que vivem do sonho antes que da realidade.

Pelo hypnotismo procura-se supplantar a consciencia do individuo. Esta parte-se e dá sequencia á corrente de idéas que lhe implanta o hypnotisador. A continuidade

da consciencia consiste no facto de se manter regular a sequencia dos estados de consciencia. O caracter do individuo rege a norma destes. Póde succeder que a sequencia se altére, que a continuidade se modifique. Neste caso, ou o individuo perde a noção de sua propria personalidade (orientação auto-psychica de Wernicke), ou a do meio que o rodeia (orientação allo-psychica do mesmo auctor). Sempre que houver desdobramento da personalidade, haverá divisão da consciencia. Esta divide-se na primeira phase para dar logar a outra série na segunda phase. O alienado, em geral, não tem consciencia da mudança do seu estado mental, em relação ao que era anteriormente. Ha uma ruptura na continuidade da consciencia que lhe passa despercebida. E' que se adaptou logo ás novas idéas morbidas e age de accôrdo com ellas.

Taes são as qualidades essenciaes da consciencia. A intensidade, clareza, extensão, continuidade e integridade desta pódem soffrer alteração, juntas ou separadamente, e isto é facto que se observa commummente no alienado. Para que se comprehenda como se póde dar uma alteração na consciencia, é preciso que certos termos de psychologia fiquem bem esclarecidos. Quando se vê um objecto e se dá a *percepção,* apanham-se separadamente os seus predicados. Assim, quando se olha para uma rosa, percebem-se a sua côr, o seu cheiro, a sua fórma, etc. Depois, dá-se a *apercepção,* e, juntando estes predicados, analysando-os, o individuo verifica que é uma rosa que se lhe apresenta. Guarda no cerebro a reunião destas impressões e, com ellas, fórma uma *imagem* de rosa. Esta *imagem* fica no cerebro, prompta a ser despertada em dado momento. Permanece em estado latente. Succeda que o individuo veja outra flôr com identicos predicados, logo que associe as suas qualidades, a imagem de uma flôr identica lhe acode, e o que estava em latencia, o que dormitava, vem despertado pela *memoria.* Esta é a recordação de uma imagem anterior. E' a faculdade que permitte a reproducção das imagens que dormitam no cerebro. Lembra então a flôr que viu anteriormente, compara-a com a que vê. Associando imagens diversas, o individuo tem o que se chama uma *idéa.*

A reunião de varias idéas constitue o que se denomina *pensamento.* Este é um acto psychico superior, que representa o cume, o auge dos reflexos. Pois bem, a *consciencia,* que representa a noção intima do acto psychico, póde achar-se diminuida quando se der mal a apercepção,

quando se não pudér formar uma imagem nitida do objecto. Ter-se-ha uma concepção vaga deste. O individuo, no estado de hypo-consciencia ou sub-consciencia, vive como se estivesse em um sonho. Vê os objectos n'um lusco-fusco, n'uma penumbra, e tudo se lhe afigura vago, indeciso. Assim, no caso da rosa, veria a sua côr, por exemplo, mas se não perceberia a sua fórma e se não poderia conceber a sua existencia como flôr. No estado de inconsciencia não ha apercepção, nem tão pouco percepção. O individuo tem a rosa diante de si, mas não percebe cousa alguma. Assim, evidentemente, não poderá haver formação de imagem. No caso de hyper-consciencia, ha um exaggero em tudo: percepção, apercepção, imagens mais nitidas. Póde succeder que neste estado de erethismo se bordem predicados em demasia e se despertem imagens em maior quantidade do que realmente é preciso. Então, a memoria é mais intensa, o pensamento mais prompto. Nestes casos, ou a auto-consciencia se applica aos phenomenos organicos e ha um exaggero da cenesthesia, ou a consciencia se fixa com uma acuidade enorme nos factos da vida exterior. Em qualquer hypothese ha erethismo nervoso. Para verificar o estado de consciencia póde-se lançar mão dos seguintes recursos: observar a expressão physionomica, attitude e conducta do examinado; notar o desinteresse diante do mundo exterior, a mobilidade da attenção, a desorientação, a incoherencia de idéas e a incapacidade de fixar as representações e reflectir.

Prova de lucidez de consciencia é o individuo ser capaz de prestar attenção, e pensar.

Para uma exploração retrospectiva de perda de consciencia póde-se lançar mão de indagações da lembrança de actos praticados e de cousas observadas e verifica-se si o individuo não conseguio prestar attenção a cousas occorridas.

Poder-se-ha pelas alterações destes estados de consciencia formular uma idéa sobre a entidade clinica, sobre a doença mental ou nervosa, de que se acha padecendo o individuo? Si muitas vezes não é possivel, só por meio deste elemento, isolar com precisão a especie morbida, póde-se, porém, sempre circumscrever em grupos psychiatricos bem limitados. Assim, por exemplo, em um caso de estupidez vesanica só pelo estado de inconsciencia não se poderá garantir que se trate de confusão mental, mas será possivel afastar logo qualquer idéa de estado maniaco,

melancolico, etc., e ficar-se-ha circumscripto a um quadro de que fazem parte a *estupidez vesanica*, o *coma* e a *idiotia profunda*.

E' facto, por conseguinte, que o exame minucioso da consciencia do observado já nos colloca perfeitamente na pista da diagnose. Os auctores todos, em geral têm descurado esta questão. Parece-me, porém, que o estudo detalhado della póde prestar relevantes serviços aos que pretendem diagnosticar uma doença mental qualquer. Observando-se um alienado em estado de inconsciencia, deve-se cogitar, como já disse, em *estupidez vesanica, coma ou idiotia*.

A *estupidez vesanica* é o gráo mais profundo da confusão mental. Ha uma toxi-infecção tão accentuada dos centros nervosos que estes ficam como si estivessem envenenados, sem poder agir. Então, fica o individuo como se não tivesse cerebro. Não tem noção alguma do que se passa no mundo exterior, completamente alheio, abstracto. Tudo resulta de uma grave toxi-infecção. Póde haver ao mesmo tempo um estado typhico ou deixar de haver, verificar-se febre ou não, haver collapso cardiaco ou tal se não verificar. Tudo vem a dar no mesmo: estupidez vesanica. No coma ha um torpôr profundo, com privação da sensibilidade, da intelligencia e da vontade. O individuo fica como si estivesse morto. As pulsações cardiacas, os movimentos respiratorios, vagarosos e profundos, ou rapidos e superficiaes, são os unicos pregoeiros que attestam que, com a absoluta inercia em que jaz o individuo, coincide a vida.

Das quatro fórmas de coma: o vigil, o ligeiro, o commum e o grave ou carus, só as duas ultimas têm aqui cabimento. O typo commum do coma é o que se enquadra na descripção que aqui foi feita. Deve-se distinguil-o com cuidado do somno. Neste, porém, por mais profundo que seja, com um excitante forte, a intelligencia, a sensibilidade e o movimento despertam. No coma, todo excitante fica sem reacção. No somno hysterico, que apparece como o equivalente de um ataque frusto de hystero-epilepsia, basta que se attente no modo por que se iniciou, para differençal-o desde logo. Na lethargia hysterica, a par da referencia aos antecedentes, quasi se não sente o pulso e a respiração. No somno hypnotico ha uma lethargia provocada. Quem se acha em somno hysterico não é um inconsciente. Com elle coincide frequentemente um subdelirio. A phase de inconsciencia da vida dos sãos é re-

presentada pelo somno. O carus, ou grão mais profundo do coma, que coincide com uma elevação ou diminuição notavel da temperatura, é assignalado por uma suppressão maxima da intelligencia, sensibilidade e motilidade, perturbações profundas da respiração e circulação, reflexos abolidos.

O carus acompanha constantemente os grandes ataques de epilepsia, representa o periodo com que finalisa a crise. Observa-se o coma na maior parte das affecções meningéas e encephalicas. Na meningite commum, na tuberculosa, na pachymeningite, na thrombose ou embolia, nos abcessos cerebraes, na hemorrhagia cerebral, no amollecimento por tumores: em todos estes casos póde haver coma. Si houver ao mesmo tempo contractura, dever-se-ha pensar ou em hemorrhagia meningéa ou ventricular.

Far-se-ha a diagnose differencial entre essas diversas fórmas, de accôrdo com o ensinamento da neuropathologia, e assim esmiuçar-se-ha qual a affecção que determinou o coma. Delongar aqui por mais tempo a questão, seria exorbitar o assumpto.

Póde haver egualmente inconsciencia nos casos de *idiotia* profunda. E' o caso dos seres profundamente degradados que pertencem á especie humana quasi que só pela fórma. O cerebro é nelles um ornamento esdruxulo. Perturbado em sua evolução, não faz acquisição alguma e o enfermo fica em uma inconsciencia absoluta do que o rodeia ou com elle occorre.

Provado que um individuo se acha inconsciente, vê-se, pois, que elle ou póde ser um idiota, ou um confuso em alto grão, ou estar em coma. Como distinguir? Muito facilmente. Quanto ao idiota basta que se attente no seu physico, que se indague do seu passado, de sua evolução mental nulla, que se observe a falta de expressão de sua physionomia, a estupidez de seu cerebro, e a diagnose se imporá. No coma ha o decubito dorsal em que fica o doente, a referencia aos amamnesicos, ás perturbações physicas já assignaladas. Na estupidez vesanica ha a frisar o diagnostico, a historia do doente, a sialorrhéa, o máo estado das vias digestivas, a physionomia abstracta. São assim bem frisantes os elementos que separam as tres fórmas clinicas. Nos casos de sub-consciencia se póde pensar nas seguintes eventualidades: *epilepsia psychica, hysteria, confusão mental, alcoolismo, neurasthenia, demencia precose* ou *demencia senil*. O estado de sub-consciencia coincide algumes vezes com as crises da epilepsia

psychica. No entanto, não é isto o que em geral occorre. O commum é haver nellas inconsciencia completa, absoluta.

Casos de automatismo comicial ambulatorio ha em que o individuo realiza longas viagens, sem que de tal tenha consciencia nitida. Pratica certos actos que exigem um gráo mais ou menos accentuado de consciencia, mas não tem senão uma idéa muito confusa do que está a fazer, não tem um objectivo perfeitamente razoavel, e quando volta a si, falta-lhe absolutamente a memoria do que então occorreu. E' o caracteristico dos estados crepusculares, phases, por assim dizer, de somno em vigilia, em que o individuo, como si estivesse a dormitar, pratica uma série de actos mais ou menos connexos. Nas ausencias epilepticas ha inconsciencia absoluta. E' regra geral que nas crises epilepticas se dê sempre a inconsciencia. Em algumas, porém, excepcionalmente demoradas, ha, como automatismo ambulatorio, a sub-consciencia, ou noção vaga, confusa, incompleta do que então occorre.

Apenas por esse motivo aqui vem mencionada esta eventualidade.

Na *hysteria* o delirio é o do sonho. Nesse periodo ha o embotamento da consciencia do que se vae fazendo. O individuo tem numerosas allucinações e illusões, e no meio dellas, debate-se como si estivesse a sonhar A clareza do mundo exterior lhe parece velada na nitidez de seus detalhes. A cada instante se alteram suas sensações. Parece que um kaleidoscopio oscilla diante dos seus olhos.

Observando-se a sub-consciencia em hysterica, póde se ter certeza da diagnose pela existencia de phenomenos creados pela suggestão. Distingue-se bem da *epilepsia*, porque nesta ha a absoluta perda da memoria do que então occorreu,ao passo que na hysteria ha uma reminiscencia vaga do que succede na occasião da crise. Occorre egualmente a sub-consciencia nos casos de *confusão mental* da fórma estupida.

Nas modalidades asthenica, allucinatoria e no delirio agudo ha uma consciencia desmaiada, confusa, do que se passa. Uma toxi-infecção dos centros nervosos faz com que não possam agir bem. Então, o doente não tem a apercepção, porque o percurso para o reflexo superior está alterado. Apanha mal o que o rodeia, tem uma noção muito vaga de tudo. Para que se firme o diagnostico, basta que se attente em que em qualquer das hypotheses

houve anteriormente uma molestia de que ha residuos em perturbações gastro-intestinaes. Demais, na fórma asthenica, ha uma depressão profunda, physionomia somnolenta e apagada, respostas raras e desconnexas, noção muito incompleta do mundo exterior, da propria personalidade ou do tempo. Na allucinatoria, ha uma avalanche de allucinações, principalmente auditivas, e o individuo, com o cerebro fraco e doente, nellas se engolpha e não attende ao que rodeia. O que predomina é o estado de agitação incoherente, em que a physionomia estampa bem o delirio. Si se faz uma pergunta, ou não responde ou só o faz tardiamente.

No delirio agudo ha agitação violenta, hyperthermia, incoherencia de idéas, allucinações da vista e do ouvido, estado typhico. Como bem se vê, é facil differenciar as tres modalidades de confusão mental e evitar o engano possivel do hysterico ou epileptico com o sub-consciente que pertença a essas variedades clinicas.

O *alcoolista,* quando deprimido pela intoxicação ethylica, póde ter obnubilação da consciencia. Das suas fórmas psychiatricas, o *delirium tremens* é a em que mais vezes tal se nota. O doente perde completamente a noção do mundo exterior, mas não a orientação auto-psychica de Wernicke. As illusões e allucinações, sempre instaveis e de caracter angustioso ou terrorista, lhe turvam o entendimento, lhe baralham as idéas.

Na *neurasthenia* de fórma grave, quando houver uma depressão muito profunda do organismo, póde ficar este em taes condições de quebrantamento que o cerebro, exhausto, não permitta apanhar bem o que chega ao limiar da consciencia. Por falta de energia cerebral, não ha focalisação das idéas no ponto de mira da consciencia. Só nos casos de grande agitação da *eschizophrenia de fórma paranoide,* é que se verifica sub-consciencia. Nesta affecção é ella excepcional.

Pode parecer, como na catatonia, que tal se verique, mas é puro engano. A consciencia preside sempre aos actos do catatonico, embora não pareça. O que se achar com *demencia senil,* tem o cerebro em condições que lhe não permittem bem apprehender o que o mundo exterior offerece. O velho decadente, de cerebro gasto, perde muitas vezes a noção allo-psychica de Wernicke, seja em consequencia de confusão mental intercorrente, seja pelo proprio exhaurimento das cellulas cerebraes.

Taes são as entidades clinicas em que a sub-consciencia se antolha. Convém consignar que o estado affectivo se modifica de accôrdo com as perturbações da consciencia. Assim, quando ha inconsciencia, como é racional, não póde haver affectividade. Quando ha sub-consciencia, a affectividade fica diminuida. Igualmente, a reacção é nulla ou muito demorada. Quando se notar um individuo com exaltação da consciencia ou hyper-consciencia, deve-se pensar na *melancolia delirante* ou em *estados hystericos de extase*. Quando houver grande accentuação das idéas hypocondriacas, em quem se achar com lypemania delirante, póde haver uma tal exaltação da consciencia, que se dê uma certa introspecção e reflexos normalmente subconscientes cheguem a transpôr o limiar da consciencia, demonstrando-se assim uma acuidade extrema desta. Na exaltação da cenesthesia as sensações organicas chegam ao ponto de mira da consciencia. Esta como que acóde ao encontro dellas e, as recebendo no erethismo em que se acha, incrementa as illusões da cenesthesia. Ha uma consciencia exaggerada que faz com que se apprehendam o certo e o falso. Tudo vem a exacerbar a tristeza em que se debate o doente.

Nos casos de extase, a concentração e concepções do mundo exterior são taes que o individuo se alheia a tudo e vive do sonho. A consciencia converge para este e n'uma exaltação apenas quando a este ponto, corre ao encontro e apprehende tudo quanto lhe possa dar vida ou colorido. Em geral, a hyper-consciencia se dá em relação a um numero limitado de sensações; na melancolia, em relação ás impressões internas, no extase, em relação ás externas. Nos outros casos de alienação mental, a consciencia não soffre alteração sensivel. Bases falsas podem fundamentar o seu raciocinio, mas este é tão perfeito como o de qualquer de nós. Igualmente, sensações pervertidas podem chegar ao campo da consciencia, e esta só parece anormal, porque aquellas o são. Apprehende-as do modo mais regular possivel. Portanto, a consciencia é normal, embora as sensações o não sejam. Assim, quando ha allucinações, como no *delirio espirita episodico*, o doente recebe uma série de percepções falsas, de factos que só existem na sua imaginação, mas o mechanismo pela qual a consciencia toma conta delles, os apprehende, é tão normal como em qualquer pessôa sã.

Na *paranoia*, egualmente, ha perfeita consciencia de tudo. E assim em varias modalidades psychiatricas. Vê-se,

pois, ser perfeitamente acertado asseverar que em muitos alienados a consciencia é tão nitida e regular como nos typos mais hygidos, sob o ponto de vista cerebral. Parece, á primeira vista, ser um tanto paradoxal tal asserção, mas a sciencia a justifica. E' uma demonstração interessante quanto influem os elementos de reflexo psychico, em que basta que um delles soffra qualquer alteração para que o estado mental se altere profundamente. A sensação é falsa, é erronea: tudo mais é normal. Tanto basta. O individuo vai agir de accôrdo com ella. Torna-se alienado. E foi apenas uma pequena engrenagem da machina admiravel que se desarranjou!

SEMIOLOGIA DA ASSOCIAÇÃO DE IDÉAS E PESQUIZAS PSYCHOLOGICAS

Raciocinio em alienado póde, á primeira vista, parecer um verdadeiro paradoxo, ma associação extravagante de idéas, pois o conceito de alienação implicaria a falta permanente de raciocinio. No entanto, si se attentar na paranoia ou no delirio systematisado allucinatorio chronico, vêr-se-ha que em ambos o raciocinio perdura, perfeitamente regular nas suas condições syllogisticas, differindo apenas na morbidez da base: uma idéa falsa no primeiro caso, uma allucinação no segundo.

Ha entidades clinicas em psychiatria, em que só não é elle perfeito de modo absoluto, porque se fundamenta em uma base falsa; ha outras, porém, em que elle não existe ou se antolha muito defeituoso, bem desviado das leis da logica.

Creighton, em artigo da encyclopedia "The American" de *Converse Beach*, define o raciocinio ou inferencia um processo mental, pelo qual de alguma cousa conhecida adiantamos factos que differem do ponto de partida.

E' preciso sempre que se conheça o ponto de partida. Ha uma *idéa*, a que se vêm juntar outras, constituindo aquella o nucleo do raciocinio. Este é o *resultado da associação de idéas*. Estas derivam da fusão *de imagens*, as quaes representam, por sua vez, a *estereotypação* de um *facto psychico*.

O raciocinio póde ser inductivo ou deductivo. Leibnitz diz que nelle tudo é analyse, ao passo que Kant admitte a synthese.

Se da lei geral partimos para o caso particular, deduzimos; se do caso particular para o geral, induzimos. A deducção e a inducção são dous meios para chegar a um fim: a conclusão logica do raciocinio.

Ruyssen, em artigo da "Grande Encyclopédie", diz que a razão de uma cousa é a relação de effeitos para causa, de meio para fim, de consequencia para principio. E' a faculdade dos principios.

Kant diz que a *razão* (*Vernunft*) deve distinguir-se do *entendimento* (*Verstand*), adaptando-se este á experiencia e aquella não.

Hamilton diz que pensar é distinguir e tambem conceber relações. A palavra *entendimento*, diz Ruyssen, traduz bem exactamente a palavra "intellectus". E' o conjunto de operações, pelas quaes comprehendemos uma verdade. A razão fornece as regras, leis ou principios, segundo os quaes se exercita sua actividade. Esta actividade chama-se *intelligencia*. O entendimento comprehende quatro operações: *sensação, percepção, razão* e *intelligencia*.

Taine frisa bem que a percepção é uma simples variedade de sensação. Ha uma operação passiva, a sensação, e uma operação activa, a intelligencia. O resultado das operações do entendimento é o conceito ou idéa.

Vê-se, pois, que o entendimento representa o ponto de passagem da imagem para a idéa. Associa imagens e vai terminar na caracterisação frisante da idéa.

Ter idéas não é predicado exclusivo das pessôas de mente sã. Já Morel, em tempos idos, apregoava demoradamente que o alienado póde pensar e raciocinar. Occorre, porém, frequentemente que elle viole as leis da logica, que se baseie em dados errados, que se enfeite com allucinações ou illusões, derivando d'ahi a frisante extravagancia no seu dizer. O seu raciocinio se estabelece, buscando concatenar idéas pueris ou disparatadas.

E Falret disse muito bem que uma concepção delirante deriva de outra concepção delirante, pela mesma lei que faz uma idéa razoavel gerar outra lei razoavel.

Morel diz que é assim que o alienado chega fatalemnte, mas de modo logico, ás concepções intellectuaes mais contrarias á razão geral e á realização dos actos mais monstruosos.

Parchappe dizia que um dos caractéres mais nitidos da loucura, no seu periodo agudo, é o augmento da actividade intellectual. Aretêo, Avicenna, Van-Swieten, Lorry

e outros auctores apregoavam o extraordinario augmento da capacidade intellectual de alguns alienados. Ha a esmerilhar no tocante a este ponto. O cerebro póde ficar mais activo e o raciocinio mais prompto, em consequencia de um maior affluxo de sangue para os vasos cerebraes, o qual estimule a nutrição dos elementos delles dependentes. Frequentemente é isto, porém, fogo de palha e o cerebro se mostra inferior ao que era anteriormente. Prova de tal é a facilidade com que se acceitam absurdos e se adoptam heresias. E' a capacidade de auto-critica que na pluralidade dos casos se perturba. E' um raciocinio muito seguro, em que falha a investigação criteriosa da base ou da valia de um elemento allucinatorio intromettido.

Para se avaliar a capacidade de raciocinio de um alienado, deve-se interrogal-o demoradamente, conversar com elle, indagando dos motivos de sua internação, analysando com elle os moveis que a inspiraram, suscitando pequenos problemas de mathematica, provocando as resoluções a tomar em dados casos: em summa, esmerilhando a fórma, pela qual elle compara, distingue e se decide.

Quando o alienado é reticente, pouco fala ou evita discorrer sobre o que sente, são os manuscriptos que mais orientam. No papel o doente dá mostras de suas faculdades syllogisticas e nelle o medico surprehende os disturbios de raciocinio. Outras vezes, basta deixar que o doente fique á vontade, a falar. A falta de logica do raciocinio se destaca.

Muitas vezes, fóra do circulo circumscripto das idéas morbidas, o raciocinio se opera com a mesma força e perfeição que em qualquer individuo são. No bello phrasear de Morselli, elle infere e argumenta, induz e deduz, serve-se da observação e da experiencia.

Na *idiotia*, na *imbecilidade*, na *paralysia geral*, na *demencia senil*, na *confusão mental de fórma estupida*, no *embrutecimento mental epileptico*, na *psychose myxedematosa* ha difficuldades no raciocinio, notando-se em muitos casos suppressão completa deste. Si o raciocinio resulta da associação de idéas, segue-se que todos os processos, que servirem para aquilatar os disturbios na bôa ordem destas, fundamentarão a alteração daquelle.

A idéação representa o alicerce da concepção, do julgamento e do raciocinio. Quando o individuo é capaz de comparar uma cousa com outra e de associar uma imagem

á outra e de fazer abstracção, tem elle a faculdade de concepção. Quando póde elle julgar ser uma cousa semelhante ou differente de outra, a sua propria identidade, o numero de objectos que se apresentam, e a causa, porque se mostram, tem a capacidade de julgamento.

O raciocinio é mais complexo e importa conceber e julgar bem. Para se aquilatar da capacidade de concepção de qualquer individuo, deve-se verificar se é elle capaz de bem comparar. Lehmann manda traçar duas linhas desiguaes, dizer qual a mais longa. Póde-se pedir a elle que mostre saber distinguir de duas pessoas a mais alta, de duas côres a mais clara, e assim por diante.

A capacidade de distinguir uma cousa de outra é um meio de se avaliar a maior ou menor integridade de raciocinio de um alienado.

Busca-se o discernimento no tocante ao aspecto das cousas, ao tempo que duram e ao espaço que occupam. Igualmente, para analysar o raciocinio, deve-se investigar a fórma, por que se opera a associação de idéas. Manda-se que o doente execute successivamente dez actos differentes e observa-se o modo, pelo qual corresponde elle á nossa determinação. Si o doente estiver um pouco excitado, póde-se pedir apenas que enuncie o nome de alguns objectos e diga para que servem. Binet e Flournoy mandam escrever dez palavras á vontade ou dez nomes de cousas abstractas.

Póde-se deixar que o doente fale ou escreva á vontade e vê-se o nexo que haja no que sahe dahi.

Galton aconselha que se mostre ao alienado um objecto e se lhe peça escrever immediatamente as palavras correlatas que lhe acudam á mente. Scripture manda apresentar cinco ou mais imagens e figuras, e depois cinco ou mais palavras escriptas verticalmente em um cartão; renovando a apresentação da figura, pede-se que diga depressa qual a palavra lida que lhe corresponde mais approximadamente.

Formulem-se pequenos problemas de mathematica e veja-se a maneira, pela qual delles se desembaraçam. Si os conhecimentos do individuo não derem para tanto, façam-se pequenas perguntas, em que haja jogo de raciocinio, e observe-se como se desobriga elle dellas.

Höffding diz que as associações de idéas se fazem por *semelhança,* por *dependencia* e por *contiguidade.* Vêm-se flócos de neve e pensa-se em algodão, escuta-se um

trecho de musica e pensa-se na opera de que faça parte, pega-se n'uma espingarda e a guerra é lembrada.

Wundt descrimina as associações em verbaes, de relação externa ou indirecta e de relação interna ou logica. Vê-se a associação verbal num maniaco, em que uma palavra é seguida de outras que com ella rimam. Vê-se a indirecta quando á indagação de alguma cousa que pertença ao rei, o individuo responde corôa. Vê-se a interna quando um leão acode á lembrança de alguma cousa que se encontre no deserto.

Importa saber o tempo que dura a associação de idéas. Uns pensam muito depressa e outros muito devagar. Em relação ao alienado, esta divergencia é ainda mais sensivel. Mandando que um individuo pronuncie cincoenta palavras ou nomes de cousas differentes, considera-se que a associação de idéas se realisa em tempo normal, si nisto elle gastar um minuto. Si neste espaço de tempo apenas 20 forem proferidas, é testemunho de grande lentidão de pensamento.

Rieger manda que se faça uma pergunta ao alienado e se conte o numero de segundos que exige a resposta. Nos melancolicos e nos confusos este numero póde attingir altas cifras.

Processo mais scientifico é o que se utilisa do psychometro de Buccola. Em minha these inaugural sobre a duração dos actos psychicos elementares nos alienados, realisando experiencias em mais de 200 alienados, verifiquei que são os dementes, os confusos, os alcoolicos, os melancolicos e os imbecis, os que têm os actos psychicos mais demorados.

Para avaliar o raciocinio de um doente, serve tambem o processo que manda apresentar duas cousas que tenham um elemento commum, e fazer com que diga qual é elle. Mostrando-se um aeroplano e um automovel, o motor será o elemento commum.

Ribot manda que se profiram palavras diversas, dizendo-se depressa o que cada uma dellas lembra. O psychometro póde servir bem para tal fim, apparecendo no tubo luminoso uma palavra. Logo que esta surja, o doente dirá o que lhe corresponde, batendo então no interruptor, e vendo-se assim como associa elle idéas e quanto tempo isto dura.

Ha varios apparelhos, chamados tachitoscopios, em que se faz a apresentação de palavras, cujo apparecimento

deve suscitar no observado a palavra que qualquer dellas lhe lembre.

E' um methodo experimental para avaliar a associação de idéas.

Em vez de apparecer simplesmente uma luz como no psychometro de Buccola, surge numa especie de janellinha que no apparelho se encontra, impresso o nome de uma cousa qualquer. O individuo diz depressa o que isto lhe faz lembrado e no chronometro de d'Arsonval, por exemplo, se mede o tempo que decorreu entre a occasião, em que surgiu a palavra inductora e a em que a induzida appareceu.

Por outro lado, bem se póde tambem vêr, além do tempo, a logica que na associação exista. O meio de verificar si uma pessoa raciocina bem, é esmerilhar se associa com perfeição suas idéas.

Outro *test* que serve para a pesquiza da associação de idéas, consiste na apresentação de uma série de figurinhas como uma maçã, uma mesa, uma casa, etc., indagando-se o que cada qual lembra ao observado e quanto tempo demora a resposta.

O tempo que deve medeiar entre a apresentação de uma e outra palavra ou figura inductora, deve ser approximadamente de dez segundos.

Depois de se apresentarem dez palavras ou figuras, deve-se tirar a média dos resultados, quer em relação ao tempo, quer em relação ao conteúdo do pensamento.

Diz-se que uma pessoa de associação de idéas normal gastará 15 segundos em cada série de dez figuras ou palavras. Se consumiu menos de 15 segundos, haverá associação accelerada e mesmo tendencia ao automatismo mental.

No caso contrario, dir-se-ha vagarosa a associação.

O tempo médio é de segundo e meio para cada palavra ou figura.

Se o individuo se limita a repetir a palavra que se lhe apresenta, signal é de automatismo mental ou de falta de comprehensão. Casos ha, em que só se antolham respostas absurdas. Em outros repetidamente se vê a referencia involuntaria a um facto que domina o pensamento do observado.

Usa-se annotar com o signal + as respostas logicas e com o signal — as que sejam absurdas ou duvidosas, sendo que nestas ultimas tambem se poderia usar o signal ?

Si fôr predominante o numero de respostas logicas, dir-se-ha que o individuo tem associação mental normal, raciocina bem.

Si predominarem as respostas illogicas, comprovando-se um raciocinio defeituoso, ainda se poderá, analysando bem cada uma dellas, vêr o pensamento que obceque o doente. Com effeito, nas pesquizas sobre associações de idéas não só se verifica a deficiencia de raciocinio como tambem se constata muitas vezes a causa que faz com que o individuo não possa pensar regularmente.

Em vez de se apresentarem palavras ou figuras como inductoras, tambem se póde dizer aquillo que deve servir como provocador da resposta, methodo que convém particularmente para os analphabetos que infelizmente constitúem uma quóta avultada dos nossos doentes do Hospital de Alienados. E' o methodo de Aschaffenburg ou da inducção verbal.

Para bem se julgar a capacidade de raciocinio de um individuo, ha no Instituto de Neuropathologia uma série de *tests*, em que phrases absurdas são collocadas ao lado de logicas, como por exemplo:

"O livreiro disse que os livros ainda não tinham vindo da Europa, mas que mandaria separar aquelles, de que o especialista tinha necessidade."

"O individuo que estava todo vestido de branco, em pouco tempo estava bem longe, destacando-se um ponto negro".

"Andando pelas ruas da cidade, viu elle uma porção de cães que nadavam rapidamente e de quando em vez voavam bem alto".

"O gelo nada mais é do que agua. Ora, o gelo é um corpo solido, logo a agua é tambem um corpo solido".

Pódem ser organizadas tres séries de seis phrases cada uma, sendo que na primeira ha quatro phrases absurdas e duas logicas; na segunda ha tres absurdas e tres logicas e na terceira ha duas absurdas e quatro logicas.

Observe-se sempre si o observado sabe reconhecer onde está o absurdo e ter-se-ha uma prova de capacidade de julgamento.

O Dr. Galicia apresenta como *tests* visuaes uma série de figurinhas, em que ha algumas razoaveis e outras absurdas como, por exemplo, quatro esqueletos a carregarem num caixão um homem a beber, um navio a ca-

minhar na linha de um trem de ferro, um automovel dirigido por um cavallo, etc.

Deve-se tomar em consideração, além do acerto com que se responda, o tempo que se gasta em o fazer. Demais, será util que entre uma e outra phrase que se profiram, medeie um intervallo de tres segundos, approximadamente; e entre a apresentação de uma e outra figurinha, dous segundos.

Pelo numero de erros que se constatem, bem se avaliará a capacidade de raciocinio. Pelo methodo de Aschaffenburg se investiga a qualidade da associação que póde ser logica, ou por derivação, ou por predicação ou por subordinação, etc.

Ha um *test* de Ebbinghaus, muito empregado na Clinica Psychiatrica, em que ha uma narrativa, em que falham varias letras e palavras que a argucia de raciocinio do observado deve supprir.

Wipple apura a capacidade de combinação, mandando que dada uma palavra, se apure, transpondo as suas letras, o maximo de cousas com sentido que assim se consiga obter.

Indague-se do individuo qual a differença que encontre entre duas figuras quasi iguaes, apenas com uma pequena arvore a mais.

Pequenas charadas podem ser armadas á solução.

Podem ser suscitados syllogismos a ser dada a conclusão. Questionario a proposito de parentescos mais ou menos complicados póde ser feito.

O methodo de Masselon consiste em mandar construir uma phrase, dando apenas tres palavras a se constituir um raciocinio em torno dellas.

O Dr. Plinio Olinto em sua excellente these "Contribuição ao estudo da associação das idéas" apresenta vinte observações que lhe permittiram concluir que, entre nós, nos individuos de 15 a 35 annos, as associações por predicação são as mais frequentes, as idéas concretas apparecem em maior numero, a média do tempo de reacção oscilla entre 1",5 a 2".

Deve-se investigar como o doente julga a sua situação, quaes os moveis que acredita terem suscitado sua internação, qual o tempo em que ella já vai, e qual o destino que espera tomar.

Descoberta uma idéa delirante, investigam-se as illações que elle della tira. Vê-se a systematisação, com

que se apresenta, ou a desconnexão, com que se ostenta. No meio do delirio mais accentuado, póde haver gráos diversos de logica. A's vezes, tudo é absurdo; outras vezes, só a base o é e tudo logicamente d'ahi deriva. Na vida intellectual tudo é actividade: uma imagem desperta outra, uma idéa acarreta outra. No curto espaço de tempo, em que o cerebro dormita e repousa, aufere energia para haurir novas relações e proseguir na sequencia de illações e deducções. Tudo se aperfeiçôa pela evolução e, quando a criança mal balbucia algumas palavras, o seu raciocinio dispõe apenas de poucas idéas. A pouco e pouco, o meio lhe vae fornecendo novas impressões, imagens mais perfeitas se vão elaborando e o coefficiente de idéas cresce. Si o meio é mais evoluido, imagens mais complexas e differenciadas se vão constituindo, e não é de admirar que o selvagem jogue com um cabedal de idéas muito menos rico que um civilisado. Não quer isto dizer que haja menos vivacidade intellectual, mas o seu raciocinio evidentemente não dispõe do mesmo abundante repositorio de idéas que o homem da cidade.

Quanto mais o individuo observar, quanto mais estudar e aprender, tanto maior riqueza de elementos para o raciocinio terá. Terá mais facilidade para comparar e distinguir e disporá de um cabedal muito mais farto nos armazens de sua memoria. Cada idéa lembrará facilmente outras e, como tudo se aperfeiçôa pela educação, augmentanto o repositorio de imagens o individuo vai melhorando o raciocinio. Quem mais viu e observou, tanto mais póde descrever e é por isso que aquelle que muito viajou, tem um maior numero de imagens a lidar com ellas. Mesmo no delirio, no desvio da razão, o civilisado differe do rustico. Este terá idéas delirantes sem brilho, pobres de imagens, ao passo que aquelle terá um delirio farto e exuberante.

O individuo, no delirio, descreve o que já viu e em que pensou, e ninguem póde descrever aquillo de que nunca ouviu falar. A riqueza de raciocinio é, pois, um effeito do cultivo da pessôa.

Bianchi admitte a formação simultanea da linguagem e do pensamento, aperfeiçoando-se ambos concomitantemente.

Gomperz diz que um homem privado de falar dispõe de um patrimonio de idéas muito menor que outro que o não seja. Ha a discutir no que concerne a este ponto. A palavra é um recurso para a exteriorisação do racio-

cinio e a emissão de idéas facilitará o apparecimento de novas idéas.

Não quer isto dizer, porém, que o individuo que se tornar aphasico, não possa dispôr de imagens e idéas. Elle vê e escuta, recebe impressões do meio e seu cerebro elabora idéas á custa dellas.

Não as projecta com a mesma facilidade, mas vai armazenando. Verdade é que o que se não usa, se atrophia, mas o que mais importa no caso, é a lesão que determinou a aphasia e que impede a associação de idéas. Da intensidade della deriva tudo e, quanto maior o gráo de amollecimento cerebral, por exemplo, tanto mais pobre será o raciocinio. Si este fôr facil e abundante, haverá normalmente a tendencia á projecção prompta pela palavra e, si esta existir, o jogo delle se fará muito melhor. Ainda ahi mais uma vez tudo se adquire pela educação. e a facilidade de exposição é uma qualidade que se adquire por meio della. Uma idéa desperta facilmente uma que lhe seja semelhante, mas na elaboração do raciocinio predominam frequentemente as associações por contraste. Quem pensa no branco, mais facilmente se lembra do preto que do acinzentado. A criança que estende curiosa, pela primeira vez a mãosinha para a véla cujo brilho lhe dá prazer, não se esquecerá mais da pequena queimadura que experimentar, e á alegria que no futuro tiver em percebel-a, se additará logo o medo de nella tocar.

Freud e seus discipulos fundamentam a sua theoria na idéa dos contrastes que, mais ou menos, activamente buscam dominar o raciocinio. Bergson diz que as associações de idéas soffrem uma interferencia, quando se procura juntal-as de um modo differente do que é consuetudinario. E' a lei do minimo esforço que á vida sempre preside. E' mais facil sempre grupar as idéas de uma maneira que de fórmas differentes. E' mais facil repetir um pensamento do que o crear.

Spencer demonstra bem que não ha differença fundamental entre a razão e o instincto. Em ambos os casos ha a adaptação de relações internas ás impressões externas e só um gráo maior de aperfeiçoamento e evolução os distinguiria. Ha maior complexidade de actos na razão que no instincto.

Os actos racionaes que muito se repetem, tornam-se automaticos ou instinctivos. As vias nervosas que lhes dão caminho, ficam mais transitaveis, pela força da repetição.

A lei do habito é, como bem diz William James, a que prepondera na genesis de nossas associações de idéas. Uma idéa nova que surge, busca incorporar-se ás velhas que já existiam, e a excitação emotiva que desperta, revive a que outras identicamente tenham provocado. Ha factos que se gravam mais do que outros: são os que maior emoção provocaram. E na genesis do raciocinio elles surgem logo á tona. Quando um individuo escuta uma palavra, lembrar-se-ha mais facilmente, em relação a ella, do que lhe seja habitual. O estudante que ouviu falar em banco, lembrar-se-ha logo do da escola, ao passo que o marinheiro do de arêa. Os factos que fôram consuetudinarios nos antepassados, revivem muitas vezes como tendencias nos descendentes. Ha uma especie de armazenamento de impressões que orientam o raciocinio. A um individuo da cidade se torna mais facil adquirir certos conhecimentos que a um rustico, cujos antepassados jámais os tiveram. Ha uma especie de permeabilidade maior ás correntes nervosas. O caminho já nasce como que mais preparado. Ambos ficarão na mesma situação, si não se instruirem, mas o civilisado estará mais adaptado a auferir conhecimentos, que o outro. Em tudo, a força do habito prepondera e no raciocinio não poderia deixar ella de poderosamente influir.

Igualmente, o caracter, esta especie de cunho proprio, sello individual que orienta o modo de sentir e reagir de cada qual, inflúe poderosamente no raciocinio. E' elle que faz com que se acceitem facilmente certas idéas e se repillam outras, que se possa prever como se comportará qualquer individuo diante de uma irritação do meio, e isto, naturalmente, de um modo relativo. A séde do raciocinio é a codea cerebral e, mais exactamente, o lóbo prefrontal. Qualquer lesão que ahi se asseste impedirá o raciocinio integro e, mesmo que haja apenas um disturbio funccional, elle se resentirá. Um disturbio circulatorio, uma toxi-infecção que ahi predominem, influirão para que haja um desvio da razão.

No delirio que dahi póde derivar, ha uma alteração qualitativa da idéação. A palavra já significa fóra do sulco, fóra do recto, fora da razão. Percepções illusorias juntam-se ás vezes ou as substituem completamente, e o individuo fica a raciocinar erradamente. Já não póde conceber, nem julgar bem, pois os dados de que se serve são errados. Uma idéa provoca o surto de outro e baralha-se o verdadeiro com o falso. Pouco importa a varie-

dade do delirio. Seja de grandeza, seja de perseguição, etc., o facto é que só se delira sobre o que uma vez se concebeu e que o raciocinio é errado, porque elementos viciosos nelle se intromettem.

Os degenerados deliram mais facilmente do que os que o não são. O cerebro nelles baquêa mais facilmente diante de impressões extranhas. Em alguns casos ha o que Friedmann chama convulsividade psychica, associações de idéas que de um modo impulsivo se precipitam e mal dão tempo para que a critica nella se detenha. Igualmente, esta se não deterá si houver uma forte emoção. Neste caso, ou o individuo encarará tudo por um prisma unilateral, ou ficará inhibido de pensar direito.

Morselli divide os delirios em tres grandes classes: por inferencia (interpretação, deducção logica), por percepção immediata (dominio de allucinações e illusões) e por symbolismo verbal (associações verbaes). Outra classificação bôa, porque é clinica, é a de Séglas. Comprehende dez classes, que são os delirios de auto-accusação, de perseguição, de defesa, de grandeza, de hypocondria, de negação, de enormidade, mystico, erotico e metabolico. Muitas outras classificações ha, mas basta referir estas, para não entrar em mais delongas e porque são as melhores.

Investigando agora, mais detalhadamente, a fórma, por que se comporta o raciocinio nas diversas entidades clinicas em psychiatria, vê-se que nos typos maniacos de *psychose maniaco - depressiva* não pode ser elle seguro, porque é muito precipitado.

O doente pensa numa cousa e immediatamente pensa n'outra. D'ahi resulta que se não póde estabilisar n'uma só e que o raciocinio não adquire o mesmo gráo de complexidade que num individuo são. Nos typos melancolicos é igualmente viciado, pois as idéas se associam com um enorme vagar e ha o tom emotivo deprimente a tudo embaraçar. Nos typos mixtos ha, tambem, difficuldade no raciocinio perfeito. Quer as illusões que se intromettem, quer o humor que domina, impedem que a sequencia de idéas se opere de maneira perfeita.

Nos casos de *psychoses por lesões cerebraes*, claro está que o disturbio do raciocinio coincidirá com a doença, pela séde delle.

Nas *psychoses toxicas*, como o alcoolismo, morphinomania, etc., poderia parecer, a principio, que elle se mostraria mais vivo e perfeito. Puro engano, porém. Mesmo

quando um certo brilho ainda se nota, como nos primordios do ethylismo, já ha menos segurança nelle e a autocritica se vai esboroando.

Nas *psychoses infecciosas* ha essencialmente uma toxi-infecção da cellula cerebral e póde o raciocinio desapparecer por completo. Os elementos em que se elabora a synthese psychica, estão sériamente compromettidos e lhes não é licito produzir idéas muito bem concatenadas. Gráos diversos na decadencia da razão se pódem constatar, desde o simples estorvo até a suppressão completa do raciocinio. Depende isto do coefficiente toxi-infeccioso.

A's *psychoses syphiliticas* a mesma argumentação se applica.

Na *demencia paralytica* póde parecer, a principio, que o individuo raciocine melhor do que antes. Ha, ás vezes, uma certa exaltação intellectual e parece que o doente se torna mais vivo e esperto do que antes. E' isto, porém, muito passageiro e em pouco tempo a decadencia intellectual é patente e o raciocinio acceita as maiores puerilidades. Ahi, como em todo estado demencial, a autocritica desapparece por completo e o paralytico geral não tem a menor noção das tolices que faz, nem das extravagancias do raciocinio que emitte. As faculdades syllogisticas se perturbam profundamente e os maiores attentados contra a logica se adoptam.

Na *eschizophrenia* ha uma alteração notavel do raciocinio. Em consequencia da atrophia das cellulas cerebraes, o que representa, em ultima analyse, o mais frisante effeito da molestia, a associação de idéas se faz mal e vê-se desde o inicio que no dialogar do doente se amontoam factos disparatados e incongruentes. E' surprehendente a phleugma com que associa o demente precoce os commentarios mais desconnexos. Muitas vezes são simples associações por consonancia que se constatam. Mesmo na fórma paranoide, em que poderia parecer haver um certo nexo na systematisação delirante, a analyse um pouco mais detida descobre logo os absurdos que se agrupam.

Nas *paraphrenias*, o novo grupo em que se enfeixam casos outr'ora rotulados como demencia precoce, o raciocinio se mostra defeituoso e falho, embora não com a mesma intensidade que na demencia precoce.

No *delirio systematisado allucinatorio chronico* o raciocinio se mostra logico e perfeito, só differindo do que mais o seja, por ser falsa a base, em que se apoia

o nucleo allucinatorio. As faculdades syllogisticas ahi se não perdem e tudo se encadêa de maneira logica e natural. Já tive ensejo de dizer, e é positivamente um facto inconcusso, que si o que a allucinação fornece, não fosse ministrado por esta fórma absurda, o individuo não teria o menor vicio de raciocinio.

Na *paranoia,* igualmente, as faculdades syllogisticas se conservam perfeitas. O individuo encara tudo por um prisma falso, mas todos os conceitos que sobre elle borda, são logicos. O raciocinio só é falso porque se basêa n'uma idéa errada. E' perfeitamente concatenado e natural.

Na *psychose de involução* o raciocinio vai decahindo pouco a pouco. A' proporção que o cerebro vai involuindo, que a circulação cerebral se vai tornando mais escassa, vai decahindo a segurança da logica. Já não ha a mesma energia no evitar agrupar idéas que se não adaptem. Ellas se associam mais frouxamente e absurdos aqui e alli se vão antolhando.

A' *arterio-esclerose cerebral* o mesmo raciocinio se applica. A obliteração vascular pela placa de endarterite, que vai pouco a pouco crescendo, acarreta a anemia cerebral e desta deriva a desnutrição cerebral, originando-se disto o enfraquecimento do raciocinio.

Na *demencia senil,* que muitas vezes se segue a uma destas duas, os phenomenos que nellas se verificam, se ostentam mais nitidos. O demente vai tendo, cada vez mais, difficuldade de raciocinar. Nos primeiros tempos da demencia parece que ainda ha uma certa segurança de raciocinio, mas em pouco se vê o doente proferir as maiores tolices, acceitar os maiores absurdos, n'uma puerilidade que muitas vezes contrasta de modo ruidoso com a sua vida intellectual brilhante de outr-ora. Sente elle uma grande difficuldade em associar idéas, porque se não fixam mais as ultimas impressões. O cerebro cansa-se facilmente e, como se pervertem as faculdades psychicas mais elevadas, como a ethica e a esthetica, o individuo não tem a menor noção da extravagancia de seus actos e de suas phrases. Os detalhes das cousas se não apprehendem mais e o doente vai lidar com cousas mal percebidas, sem que a critica propria intervenha a lh'o demonstrar.

Nas *psychoses thyreogenas* ha um grande estorvo do raciocinio integro pela intoxicação grave que vulnera as cellulas cerebraes. Na doença de Basedow ha associação

de idéas muito mais morosa e menos segura. Ha uma sensação permanente de estafa cerebral. Kraepelin, na sua oitava edição, analysa detidamente o estado mental destes doentes. Na psychose myxedematosa ha grande embaraço para raciocinar, porque o individuo se vai imbecilisando. No cretinismo não ha intelligencia e, portanto, não presidirá a menor logica ás poucas associações de idéas que se formarem.

Na *psychose epileptica* ha disturbios psychicos que se podem mostrar bem graves e comprometter profundamente o raciocinio. Muitas vezes a decadencia intellectual ainda é aggravada pelo uso excessivo de brometos. Em geral, logo que a psychose se depara, a intelligencia sahe e nas associações de idéas pueris e esdruxulas isto bem se evidencia.

Nas *predisposições psychopaticas,* o individuo póde raciocinar regurlamente, mas, na generalidade dos casos, ha um certo tumulto na associação idéativa, de sorte que certos pormenores escapam e a auto-critica não vascoleja absurdos.

Nos *estados morbidos originarios* se verifica o mesmo vicio no raciocinar. Ou se faz elle precipitado e superficialmente, ou uma unica idéa o empolga e faz tudo convergir em torno della. Unilateraes no raciocinio, frequentemente apprehendem mal o que se não encorpora bem ao nucleo delirante.

Nas personalidades psychopathicas ha uma imperfeição intellectual e vê-se, no mentiroso morbido, por exemplo, o individuo se não preoccupar com o absurdo do que vai inventando.

Na *psychasthenia* e no *nervosismo* o raciocinio se resente com os disturbios repetidos da sensibilidade. O individuo não fica menos intelligente, mas não póde ter a mesma persistencia e segurança no pensar. Na psychasthenia ha as obsessões e phobias, que fazem com que o doente só viva a pensar nellas, sendo escassa e defeituosa a sua meditação em outras cousas. Apprehende mal os detalhes destas, para se aprimorar nos daquellas. No nervosismo o individuo tem diturbios multiplos da cenesthesia, sente-se quasi permanentemente mal e, entregue ás suas dôres e affliçōes não póde raciocinar perfeitamente. Quando calmo, vê-se que a sua intelligencia não decahiu, mas no momento da afflicção acceita absurdos que lhe dominam toda a attenção.

Na *imbecilidade* o raciocinio soffre extraordinariamente. Quanto maior fôr o gráo de inferioridade intellectual, tanto mais difficil será ao doente associar bem suas idéas. A puerilidade logo transparece e as idéas mais absurdas se agrupam e se acceitam. Nos casos de imbecilidade completa a vida psychica se esborôa e o individuo vive como se fôra um animal.

Na *idiotia* não ha absolutamente raciocinio possivel. As condições organicas cerebraes inhibem completamente a associação de idéas.

Vê-se, pois, do que escrevi, que o estado das cellulas cerebraes influirá decisivamente na genesis do raciocinio. Este resulta de uma associação de idéas e estas só se elaboram bem em elementos nervosos cuja nutrição não esteja profundamente compromettida. Ainda ahi se evidencia mais uma vez que as qualidades mais elevadas do psychismo se não pódem desaggregar do modesto metabolismo cellular.

SEMIOLOGIA DA MEMORIA E PESQUIZAS PSYCHOLOGICAS

A' medida que se vão experimentando as sensações, vai de cada uma dellas ficando uma impressão nas cellulas nervosas. E' como uma photographia das sensações que ahi se fixasse. A reunião das impressões que o individuo recebe, constitue a imagem do objecto. O individuo funde assim as sensações que o impressionaram, apanha a noção de côr, tamanho, fórma, etc., e reune estes elementos, formando um conceito do que cahiu debaixo dos seus sentidos. A imagem de um objecto, a synthese das impressões que delle ficaram, póde permanecer no cerebro em estado latente. Quando o individuo é impressionado por um objecto, cujos caracteres são semelhantes aos de outro anteriormente recebido, desperta-se a imagem que dormitava no cerebro e tem-se a certeza de que a sensação não é nova e sim semelhante a outra anterior.

E' isto o que se chama memoria. E' a recordação de uma imagem anterior. E' a reproducção de uma sensação já anteriormente experimentada. Sergi teve occasião de verificar que uma excitação só fornece uma sensação perfeita, definida, que se possa reproduzir pela memoria, quando o cerebro estiver apto a bem recebel-a. E isto é curial. Para que nelle se possa fixar a impressão, é preciso que tenha elle as qualidades de placa sensivel, isto é, que as cellulas cerebraes não se encontrem n'um tal estado de atrophia que não possam apanhar uma sensação. Outrosim, tanto mais prompta será a recordação de um facto quanto maior fôr o numero de vezes que elle se dér. Uma excitação que se renove muitas vezes, terá como resultante uma sensação mais duradoura, a

qual é recordada com facilidade maior. Parece que a excitação vai encontrando mais facil o percurso pela via nervosa e provoca mais facilmente a sensação. E como já fica o caminho preparado, a memoria vem mais prompta.

Um individuo vê um objecto qualquer, por exemplo, uma mesa. Percebe a sua côr, a fórma, o tamanho, etc., associa estes elementos e tem uma noção da mesa. Ao mesmo tempo que estes predicados são percebidos, as sensações que elles provocam, despertam outras que dormitavam no cerebro e que o individuo tivera quando antes vira outra mesa, assim quando formava a concepção de mesa, vem dar-lhe maior nitidez o facto de se lembrar que já vira cousa igual, comparando o que notára na segunda mesa com o que percebera na primeira. E' a esta evocação das primeiras sensações que se dá o nome de memoria. Esta liga o presente ao passado, realça aquelle com o que neste se deu. E' o producto de uma comparação, em que se aproveitam elementos que ficaram estereotypados na codea cerebral.

Condição essencial para que haja memoria, é que se possa receber impressões, conserval-as e reproduzil-as no momento preciso.

Bianchi considera estes elementos como predicados essenciaes para a definição da memoria. E o cerebro que não possue uma destas qualidades, não poderá ter memoria. Do modo porque se dá a receptividade, isto é, porque se recebem as impressões externas e se tem a sensação, não ha que esmiuçar detalhes. Basta que se lembre que a doutrina geralmente acceita para a vehiculação das impressões é a da vibração molecular, abalos que se transmittem pelo filete nervoso e vão acarretar uma alteração na ordem em que se acham as moleculas da cellula nervosa. Quanto mais intensa, mais forte fôr uma impressão, tanto mais facilmente se gravará.

Igualmente influe muito a duração. Si persistir muito tempo, o esquecimento será mais difficil. Do mesmo modo, uma sensação que se renove muitas vezes, mais difficilmente se deixará de gravar. Assim, uma pessôa que se veja a cada passo, será sempre lembrada. A memoria conserva mais o que se vê do que o que se escuta.

Kirkpatrick fez curiosas experiencias que o comprovam. Em 379 discipulos observou que de 10 palavras lidas se fixaram 6,92, ao passo que de 10 palavras ouvidas, ficaram 6,85. De 10 objectos apresentados é possivel conservar 8,28.

Munsterberg fez com que seus discipulos repetissem series de algarismos e de nomes que haviam escutado e verificou que a média de erros era de 31,6%, no caso em que não haviam visto os objectos, ao passo que si já os conheciam, a média de erros era apenas de 20,5%.

Whitehead comprovou tambem pela experiencia o que estes haviam assignalado. O desenvolvimento da memoria varia muito. Nisto influe a força do habito.

Binet fez um curioso estudo sobre a memoria dos jogadores de xadrez, e não póde deixar de ser uma bella prova do poder de conservação pela vista o facto de jogarem elles com individuos que se acham em pontos distantes e durante horas ou dias terem sempre presentes á memoria as jogadas anteriores. Curioso é igualmente o caso de Mozart, que, na idade de 14 annos, ouviu, uma só vez, na Capella Sixtina, o *miserere* de Allegri, e, ao chegar á casa, logo o escreveu por inteiro.

Bourdon constatou que aos 8 annos de idade quasi se não verificam enganos quando se repetem, logo depois de escutadas, series de cinco bisyllabas. Vê-se por ahi como é prompta a memoria nas crianças. Alguns consideram-n'a igual ou mesmo superior á dos adultos, mas facto incontestavel é que a memoria se educa e que, portanto, mais facilmente deve possuil-a o adulto, a menos que na infancia os esforços para decorar não a tenham exgottado. E é o que bastas vezes acontece, puro fructo do cansaço. A's vezes, o individuo percebe facilmente o que se lhe diz, mas conserva durante pouco tempo em sua retentiva. São os que aprendem depressa, mas logo se esquecem. Outros custam mais a perceber, mas o que conseguem gravar, da memoria não sahe com duas razões.

Quando se fixa e se conserva na memoria uma cousa qualquer, acompanham-n'a as emoções que provoca. E estas surgem logo que o facto acóde á memoria. Assim, quem haja perdido um parente prezado e de sua morte se recorde, sentirá logo, amortecida embora, a emoção que tivéra.

Pardo refere um episodio curioso de um medico, que, despertado alta noite para prestar seus serviços clinicos ao pae nas vascas da morte, não podia ter chamados de madrugada que não sentisse a angustia que então tinha experimentado. A rememoração de um momento de susto pode provocar calafrios, a de um dia de alegria, o sorriso involuntario.

Wundt localisa o centro conservador e reproductor das impressões no lóbo frontal, em que tambem se encontra o centro da apercepção. Não são. porém concordes, neste particular, os auctores e parece que em qualquer parte do cerebro, em que se dê a sensação, ahi fica armazenadas em estado latente. Segundo as interessantissimas pesquizas de Hammerberg, confirmadas por Thomson, ha 9.200.000.000 de cellulas nervosas na cortex cerebral que recebem diariamente 54.000 excitações, annualmente 20.710.000 e durante 60 annos 1.242.600.000. As cellulas nervosas recebem as impressões e reservam muitas dellas nos escaninhos da memoria. O cerebro conserva até certo gráo. Si se lhe oferece uma avalanche de imagens, não póde haver a fixação de todas. A reproducção das imagens póde ser voluntaria ou involuntaria. No primeiro caso, ha um esforço tendente a reavivar as impressões que têm relação com a que occorreu. No segundo, acodem insensivelmente as relações. Quem escuta um passaro, involuntariamente evoca a figura que já viu em outro que cantava pela mesma fórma, relembra a sua côr, o aspecto, o lugar em que o vira, etc. Assim, mesmo sem que o queira, reproduz um quadro identico ao que então vê. No caso da reproducção voluntaria, o individuo procura estabelecer as relações entre o que vê e que já viu. Envida esforços para rebuscar e reavivar todas as imagens que já recebeu, e que tenham relação qualquer com o que então experimentou. Assim, quem ouviu o canto de um passaro e não atinar logo com qual seja elle, fica a excogitar onde já ouviu semelhante som, qual o orgão que o poderia produzir, e assim, de gráo em gráo, de inducção em inducção, vai provocando o reapparecimento da imagem anterior semelhante.

Funcção essencial da memoria é esta: a de estabelecer relações entre o presente e o passado, a de fazer um reconhecimento do que uma vez nos tenha succedido e averiguar em que se parece com o que no momento se dá. A s vezes, máo grado os esforços, a memoria não consegue ser completa, ha apenas reminiscencia. Então se nota que são olvidadas particularidades de um facto, taes como o tempo em que occorreu, o lugar em que se deu, circumstancias varias que fazem com que não possa ser elle bem reproduzido.

A's vezes, assemelha-se a imagem á de um sonho e fica a pessôa em duvida si realmente elle occorreu ou si é uma ficção do seu cerebro. Para que haja memoria ni-

tida é preciso que haja a principio, associação entre as percepções, a qual se póde dar *por continuidade, semelhança* ou *contraste*. A associação por continuidade ou contiguidade occorre quando se dér a ligação de uma percepção actual com a que occorreu pouco antes e fôr esta assim rememorada. A associação é por semelhança quando mentalmente se evoca outra percepção, que se pareça com a que então se deu. E' o caso que referi a proposito da reproducção pela memoria do canto de um passaro. A associação é por contraste quando se lembra, por exemplo, o prazer que se tem em vêr a claridade, comparando-o com o dissabôr que se tem na escuridão. Da associação por semelhança lança mão a memoria com mais frequencia. Mais tarde, por meio de um processo suggestivo, quer de causa externa, quer interna, se induzem as percepções, e assim se consegue reproduzir tal e qual o objecto, surprehender-lhe todos os predicados. A memoria é *systematica* quando o individuo consegue gravar tudo com ordem e nexo; *asystematica,* quando tudo se baralha e confunde, embora não fique esquecido. Para que se consiga gravar com real nitidez os detalhes de um facto, varios são os methodos pedagogicos que se têm empregado. Pelo methodo mechanico, colloca-se deante da acção dos sentidos uma e mais vezes o objecto, ou faz-se repetir um certo numero de vezes a palavra que se deseja fixar na memoria. O methodo racional é o que faz com que se rememore um objecto, tirando inducção de cada um de seus predicados. Pelos methodos engenhosos ou mnemonicos, approxima-se o objecto de schemas que tornem a retentiva mais facil. Por qualquer destes processos póde-se conseguir ter uma memoria systematisada.

Amnesia é a falta absoluta de memoria. A difficuldade em se lembrar das cousas merece dos auctores a designação de *dysmnesia.* A memoria exaltada, ou mais aguçada que de costume, é dita *hypermnesia.*

A amnesia póde ser *congenita* ou *adquirida.* No primeiro caso, o individuo nunca conseguiu ter memoria; no segundo, vem a perdel-a. A amnesia divide-se ainda em de *fixação,* de *conservação,* de *reproducção* ou de *evocação.* A primeira é ainda rotulada anterograda e as de conservação, de reproducção ou de evocação retrogradas e biologicas. Quando ha associação das duas, ha amnesia retro-anterograda. Na amnesia anterograda, o individuo não consegue gravar o que de então em deante vá occorrendo, porque não percebe bem. Sempre que houver falta

de percepção, ou gráo muito escasso desta, ha amnesia, anterograda. Comprehende-se que assim succeda, pois não se apprehendendo os predicados do que cahe debaixo dos sentidos, não se poderá fórmar idéa clara d'elle e muito menos conservar na retentiva o que tão mal se consegue perceber. Assim, ha amnesia de fixação ou anterograda quando succede se não gravar absolutamente cousa alguma, por não haver percepção. Neste caso nada do que occorreu, conseguirá ficar na memoria, que faz taboa rasa para o futuro, e não para o passado.

Na amnesia retrograda as percepções que o cerebro conseguiu fixar, não são lembradas; tão depressa se apanham como se esquecem. Nella, lembranças anteriormente adquiridas desapparecem sob a influencia de uma causa pathologica. Indague-se do doente a data do nascimento, o nome de seus filhos, peça-lhe que conte factos de sua vida e ver-se-ha que delles se não lembrará.

A amnesia por falta de conservação é um attestado seguro da dissolução cerebral. Muito menos grave que esta é a amnesia por falta de reproducção em que se não consegue evocar as impressões anteriores, que, no entanto, se fixaram no cerebro. Neste caso, dormitam ellas ahi, mas a vontade ou os excitantes extrinsecos não são sufficientes para que se reproduzam. Na amnesia retrograda por falta de reproducção ou de evocação, podem existir as lembranças, mas se mostram inhibidas e não são mais evocadas ou só o são com muito custo, com grande atrazo, de modo imcompleto, no momento justo, em que de sua rememoração mais carece o individuo. Em relação aos nomes de pessoas é de vêr o esforço, com que diante dellas busca lembrar-se. A amnesia póde ser *estacionaria, regressiva* ou *progressiva*. No primeiro caso, perderam-se algumas lembranças, e nisto se fica; no segundo, ha esquecimento, que pouco a pouco se vai dissipando; no terceiro, a falta de memoria é cada vez mais accentuada.

Sollier propõe a designação de *paramnesia* para aquelles casos em que ha um vicio de memoria, pelo qual o individuo parece ter assistido a scenas, de que, só então, é, pela primeira vez, espectador. E' a illusão do *já visto*.

Igualmente, póde-se dar em relação ao tempo o mesmo engano. De sorte que nas paramnesias ha sempre um engano de memoria, uma lembrança errada. A's vezes, é ella provocada por um sonho prolongado, que, á força de o ser, já passa como realidade e em pouco, o individuo confunde o que é real com falso, mistura o sonho com

a realidade, e assim parece-lhe que tudo quanto occorreu no sonho realmente se deu.

Chama-se *criptomnesia* a recordação viva e com minucias de factos de uma epocha mais ou menos remota da infancia. *Ecmnesia* dá-se quando o individuo recorda factos de uma epocha qualquer da vida com tal intensidade que lhe parece estar vivendo dentro della, no momento. Chama-se *asymbolia*, a amnesia visual dos objectos, *agnosia topographica*, o esquecimento dos lugares e *astereognosia*, a amnesia tactil.

A amnesia póde *ser geral* ou *parcial*, sendo que, no primeiro caso, ha esquecimento absoluto de tudo quanto occorreu, ao passo que no segundo só uma série de representações fica olvidada, como a que se refere a uma série de factos ou a um dado acontecimento. Assim, o caso de quem soffreu um desastre e perde a lembrança apenas de tudo quanto o rodeou na época em que elle se deu. E' esta a classificação de Falret. Ribot admitte nas amnesias geraes as seguintes fórmas: *periodica temporaria*, de *fórma progressiva* e *congenita*. Esta classificação é defeituosa, pois admitte a amnesia congenita, que não tem razão de ser, pois ahi nunca existiu a memoria, ha ausencia absoluta desta e, portanto, não póde haver falta de memoria.

Legrand du Saulle diz que, para que a memoria se realize bem, é preciso que haja estructura normal das cellulas cerebraes, destinadas á lembrança dos factos, que funccionem ellas regularmente, que haja irrigação sanguinea sufficiente e que esteja perfeita a constituição chimica do sangue. Classificou as amnesias, de accôrdo com estes dados, em quatro classes: por lesão da substancia cerebral; por perturbação funccional das cellulas; por congestão ou anemia cerebral; por intoxicação, infecção ou toxemia. Increpada de muito theorica, esta classificação foi modificada por Küssmaul, que fez outra baseada tambem na physiologia pathologica. Assim, diz elle que para que haja bôa memoria, é preciso que os nervos estejam bem nutridos, que haja bôa distribuição de sangue por vasos sadios, que seja integra a estructura cerebral e que haja somno, para que se aproveitem os alimentos assimilados.

Ribot synthetisa, dizendo que para bôa memoria é imprescindivel bôa nutrição e, para isso, deve ser perfeita a circulação cerebral. A perturbação desta póde ser permanente e então acarretará uma lesão definitiva, ha-

vendo amnesia *organica*, que póde ser passageira e haverá, então, amnesia *funccional*. A primeira é real e verdadeira, a segunda apparente. Ha *dysmnesia* quando ha enfraquecimento da memoria. Póde ser *organica* ou *funccional*, mas em qualquer dos casos é muito menos que a amnesia.

Nas *paramnesias* ha a distinguir as *por certeza* e as *por localisação*. No primeiro caso troca-se um facto por outro, no segundo olvida-se apenas o lugar ou tempo em que elle se deu. Para avaliar a capacidade de memoria de um individuo, ha no Gabinete de Psychologia do Instituto de Psychopathologia varios *tests*. Um delles consiste num quadro, em que ha varias figuras geometricas, como um circulo, um quadrado, etc., que após serem mostradas uns quatro segundos, são desenhadas de cór pelo observado. Si este *test* serve para analphabetos, tem o defeito de poder ser influenciado na sua bôa execução pelos conhecimentos de desenho que o individuo possúa.

Outro *test* consiste numa série de palavras sem nexo, de duas syllabas, como nabus, rojat, caleb, etc., que se acham num quadro. O doente lê ou escuta a leitura e poucos segundos depois, reproduz de cór. Ha ainda outro quadro de papelão, em que se busca a recordação de adjectivos usuaes de duas syllabas, como calmo, veloz, bello, alto, leve, etc. Noutro ha adjectivos de tres syllabas. Noutro ha substantivos usuaes concretos, de duas syllabas, como casa, livro, lapis, papel, etc. Noutro ha uma série de numeros de dous e mais algarismos que devem ser repetidos poucos segundos após haverem sido lidos ou escutados.

Noutro ha uma série de phrases mais ou menos complexas e interessantes, como, por exemplo, "O homem estava no meio da floresta quando uma onça investiu contra elle. Procurou acertar o ultimo tiro que tinha na carabina, pois bem sabia que morreria, si o não fizesse." "O trabalho só póde dignificar o homem e ninguem se deve furtar a qualquer occupação, com que mantenha a sua subsistencia, pelo facto de a julgar inferior ao seu merecimento."

Póde-se mandar que o individuo diga os numeros na ordem directa e depois na inversa, diga o dia que vem antes ou depois de outro, o mez que antecede e o que se segue a outro. Em muitos destes questionarios ha o defeito de se exigir para bem apurar a memoria que o individuo tenha uma certa instrucção, como, por exemplo, saiba lêr, contar, etc."

Um *test* que serve para apurar a memoria intellectual ou logica, isto é, a capacidade de se lembrar, com a com-

prehensão perfeita dos predicados da cousa lembrada, consiste em mandar lêr um trecho qualquer, mas ou menos longo, e depois resumir o que nelle se contém.

Outro *test* que é utilisado para apurar a memoria intellectual remota, consiste em mandar que o observado descreva um facto da nossa historia patria, um episodio de sua meninice ou uma noticia importante de jornal.

O talentoso e muito pranteado Professor Faustino Esposel, em sua these de concurso sobre "Capacidade de Fixação em normaes e alienados", apresentou uma excellente synthese dos *tests* que ha a respeito do assumpto.

Fez com muito criterio e intelligencia varias pesquizas, aproveitando diversos casos clinicos.

Utilisou o methodo de Bernstein que consiste no emprego de dous quadrados de madeira, um maior do que o outro. No maior ha 25 pequenos quadrados com desenhos mais ou menos complicados, em cinco carreiras de cinco quadradinhos cada uma. No menor ha nove quadradinhos em tres filas de tres quadradinhos cada uma.

Os quadradinhos de menor se encontram repetidos no meio dos 25 do maior.

Em vez de desenhos geometricos póde haver figuras ou côres.

Mostra-se o quadro menor e passados poucos segundos, o maior, pedindo-se que nelles se mostre aquillo, de que ha igual no menor.

Vê-se assim o tempo que se gastou, para fixar na memoria as impressões.

O methodo de Ballet-Perrin consiste em collocar numa caixa alguns objectos como um lapis, uma caneta, um relogio, etc. e, passado pouco tempo, tapada a caixa, indagar o que nella foi visto.

O methodo de Ranschburg - Ziehen manda que se digam em 30 segundos dez pares de palavras, como, por exemplo, arvore pequena, quarto alto, casa verde, etc.

No fim de 10 segundos, approximadamente, o pesquizador dará a primeira palavra do par e o observado dirá a segunda.

Póde tambem ser feito este methodo, collocando como segunda palavra do par uma cousa sem nexo ou em outra lingua.

O methodo de Vieregge consiste em fazer ler uma série de algarismos e reproduzil-os logo depois, ou após um minuto de intervallo ou após distracção durante um minuto.

O methodo de Ziehen consiste em apresentar numeros, formando uma dada operação como uma divisão, por exemplo, depois fazer lêr outros, distrahindo o individuo, e indagar depois qual a operação que antes se fórmulára.

O methodo de Rieger manda que se dê a cada dedo um nome de pessoa e pouco depois se faça com que o observado repita os nomes dados.

O methodo de Ebbinghaus determina que se leia uma série de 7 a 25 syllabas, duas e mais vezes, até que se consiga repetil-as sem erro.

O methodo de Finzi utilisa o tachitoscopio, empregando letras, palavras, figuras, etc.

Expostas durante 10 segundos, mais ou menos, o individuo dirá as letras, palavras, figuras, etc., que viu, decorrido algum tempo.

O methodo de Rossolimo consiste nume série de cartões com figurinhas ou côres que se encontram repetidas, no meio de outras, num album. O observado vê rapidamente e vai mostrar no album o que viu.

Póde-se tambem mostrar dous cartões com figuras parecidas e, pouco tempo depois, pedir que se diga qual a differença.

Póde tambem ser feito com cartões com uma série de pontos e pouco depois mandar que se colloquem numa folha de papel os pontos na ordem, em que foram vistos. Ontro test é o de Cimbal que Vallejo Nagera em seu bem elaborado livro de Propedeutica Psychiatrica muito preconisa. Consiste em olhar durante meio minuto uma dada figura, depois dizer em voz alta seis palavras que terá lido, repetil-as sem as vér, resolver mentalmente tres problemas de arithmetica, finalmente desenhar então a figura vista.

Isto tambem serve, nas amnesias lacunares, para um estimulo á reviviscencia das lembranças.

Em todos estes processos em que se apura a capacidade de fixação que é o limiar da memoria, a phase primeira desta, sempre se exige evidentemente que o individuo consiga perceber e prestar attenção e, além disto, em alguns ensaios, que não seja inteiramente analphabeto. Como a maior percentagem dos doentes se encontre nesta ultima classe, foram referidas varias experiencias que nelle podem ser feitas com facilidade.

Em 31 de Janeiro de 1924, na 4.ª reunião biologica neuro-psychiatrica do Asylo Sant'Anna, Toulouse e Mlle.

Weinberg deram a primeira demonstração de um novo *test* de memoria estabelecido por elles.

Arguiam elles serem os outros *tests* defeituosos, pois seriam sempre funcção da capacidade de attenção e da habilidade em agrupar e systematisar o material, de sorte a melhor fixar.

Apresentam elles um quadro, em que ha 15 figuras de objectos caseiros, e pedem que se diga, o mais depressa possivel, os nomes delles. A rapidez com que o individuo observado deve dizer os nomes dos objectos, elimina a influencia do factor attenção.

Fazem tres ensaios em seguida, apenas com um pequeno intervallo de um minuto, e depois, passados dez minutos, outros tres, intercalados de um minuto.

As imagens evocadas nestas diversas reproducções não são sempre as mesmas.

Tira-se uma média do que andou lembrado certo e errado.

Este *test* que permitte dissociar a memoria de fixação, é actualmente empregado de modo systematico no Serviço de Prophylaxia Mental em Paris.

Quando um doente affirma ter perdido inteiramente a memoria e ha suspeitas de que isto não seja verdade, pode se utilisar um test, que consiste em mostrar uma série de retratos de pessoas amigas do doente, photographias de lugares, em que elle deveria ter estado, e no momento da resposta, observar a expressão physionomica e a emoção que nella se espraie.

A importancia clinica do estudo das perturbações da memoria é extraordinaria: basta dizer, para que tal se comprove, que, ás vezes, só por ella se póde aferir com segurança a incurabilidade de uma affecção mental. Igualmente, é por esse meio possivel avaliar o gráo das lesões cerebraes. E' preciso, porém, que a amnesia seja perquirida com cuidado e, para isto, mistér se faz que haja indagação minuciosa do que lhe succedeu nos ultimos tempos e do que em tempos idos já houve. Deve-se indagar dos que rodeiam o doente, si foi ella se processando lenta ou gradualmente, si tem elle consciencia deste defeito, si houver qualquer accidente grave quando ella se processou, quaes as qualidades que se encontram na amnesia, qual o gráo de memoria que outr'ora fôra seu apanagio, etc. O exame minucioso do doente permitte que se possa ver bem si ha amnesia, dysmnesia ou paramnesia, e, encontrada uma das alterações, qual a fórma por que

se apresenta. Classificada nitidamente a perturbação, póde ella logo dar uma orientação para o diagnostico que se deva fórmular e, quando o não possa precisar rigorosamente, poderá pelo menos fazer com que seja possivel excluir de modo certo muitas fórmas clinicas e circumscrever as duvidas em moldes bem restrictos.

Para maior clareza de explicação vou percorrer cada um dos typos clinicos da psychiatria e analysar miudamente o que em relação á perturbação da memoria n'elles occorre. Occupar-me-hei, em primeiro lugar dos estados maniacos. Em consequencia do estado de excitação cerebral em que ficam os doentes, poderia parecer que nos *estados maniacos* a memoria ficaria tal ou qual, ou até mesmo houvesse hypermnesia, maior facilidade na reproducção das impressões. Tal se não dá, porém. Nelles a actividade, por demasiada, é dispersiva.

Experiencias feitas provam que os maniacos estão em condições inferiores aos sãos, no que diz respeito á retentiva e reproducção das impressões recebidas. Ha, frequentemente, falsificação das recordações. Misturam-se factos reaes com imaginarios, ha tendencia constante a invenções delirantes. Ha uma recordação muito confusa do tempo de molestia. E de tudo quanto nella occorre, mal fica a lembrança.

Nos *estados depressivos* ha frequentemente dysmnesia. Esta se justifica pelo gráo de abatimento, em que se acham os alienados. Difficilmente conseguem reevocar os mais rudimentares conhecimentos, despertar as mais simples recordações. Si se lhes faz uma pergunta sobre uma data, sobre um acontecimento qualquer, levam muito tempo a procurar lembrar-se da resposta que devam dar. Não ha esquecimento absoluto e sim difficuldade em procurar a lembrança exacta de qualquer facto.

Nos *estados de confusão mental* existe dysmnesia. Si em gráo muito accentuado, n'um doente de estupidez vesanica, póde haver mesmo amnesia absoluta, quer de fixação, quer de reproducção. Quando a confusão mental fôr dependente de um toxico, podem occorrer duas hypotheses, no que concerne á dysmnesia. Si se tratar de perturbação decorrente do uso demasiado do arsenico, chumbo, sulfureto de carbono, cicuta ou belladona, só desapparecerá, si houver suppressão definitiva do toxico, e a absorpção momentanea delle em nada influirá na dymnesia. Quanto á intoxicação pelo opio, tabaco, haschich, chloral, succede que, embora cada um destes acarrete uma

dysmnesia, cada vez mais accentuada, a memoria fica um pouco mais fulgurante no momento exacto em que se dá a ingestão do toxico. De sorte que neste caso ha hypermnesia passageira, a que se segue dysmnesia cada vez mais notavel.

Nos casos em que se dá intoxicação mercurial, é preciso que haja um estado de cachexia para que se dê amnesia absoluta. Em geral, interrompido o uso do mercurio, cessa a perda da memoria, ficando apenas um certo abatimento desta. O mesmo succede na intoxicação saturnina. Quando se suspende a absorpção do chumbo, fica como vestigio permanente uma reducção notavel do nivel intellectual e dysmnesia persistente.

Marsh cita um caso de intoxicação pelo sulfureto de carbono, em que o operario que era victima, se esquecia até mesmo do lugar em que deixára poucos momentos antes a sua ferramenta. São estas pequenas particularidades que mal não faz citadas para que melhor se possa differençar uma da outra a causa da intoxicação.

Com a morphina, o que ha de interessante, é que com a suppressão do toxico a perda da memoria, que já era notavel, ainda cresce e só depois de algum tempo de abstinencia começa a notar-se melhora. Quanto ao opio, choral e haschich, é de notar que menos é de impressionar a dysmnesia do que a reducção notavel e sensivel do coefficiente intellectual.

Na intoxicação pelo fumo ha raramente esquecimentos de factos passados: o que existe é difficuldade de se lembrar de certos nomes proprios, de determinadas palavras. Nas toxi-infecções de causa endogena, que formam estados infecciosos de fraqueza psychica, delirios febris, delirios infecciosos, confusão mental aguda, da classificação de Kraepelin, e que, em synthese, nada mais representam que estados de confusão mental, ha sempre fraqueza da memoria e dysmnesia sensivel.

Quando ao *alcoolismo,* só em casos muito graves se perde a memoria, por completo. A ordem chronologica dos factos é que em muito pouco tempo se perde. Torna-se difficil collocar um acontecimento no tempo em que se deu. No entanto, não é elle esquecido. E, pelo contrario, parece que, devido á excitação ethylica, os seus predicados avultam a ponto de parecer que muita cousa, que é só illusão, a elle pertence. Ha illusões da memoria, adulteração frequente de factos reaes. No alcoolismo a lei de

Ribot não é muitas vezes rigorosamente seguida. O alcool excita o cerebro e o que é recente, brilha ainda um pouco, é bem lembrado, emquanto que factos mais antigos são esquecidos até certo ponto. Sob a influencia da excitação alcoolica, ha mesmo uma hypermnesia apparente. Parece que o individuo se recorda melhor de tudo quanto occorreu. No entanto, si se esmerilhar bem, vê-se que ha a recordação de certos factos de menor importancia, ao passo que outros mais importantes quasi ficam delidos. E o alcoolista fica sem que tenha certeza de ter agido desta ou daquella maneira, neste ou naquelle lugar.

No primeiro periodo de alcoolisação ha antes paramnesia do que dysmnesia. Nos periodos mais accentuados de alcoolisação, que são os que propriamente pertencem á psychiatria, é mais facil verificar que, embora não muito frisante, sempre existe a alteração da memoria. E' mais facil ahi o esquecimento dos nomes proprios que o dos factos. A's vezes succede que um alcoolista se esqueça do que fez durante uma phase de ethylisação, e que mais tarde, alcoolisando-se de novo, se lembre de tudo quanto então fizéra. E' um verdadeiro desdobramento da personalidade que Carpenter analysou muito bem.

Mais interessante é o caso referido por Bead, de um caixeiro viajante de Nova-York, que, alcoolisado, cumpria perfeitamente seus deveres e se lembrava de quanto devedor teria de procurar, ao passo que, livre do alcool, de quasi nada se lembrava e não podia trabalhar. De pessôas tenho tido noticia que ficam muito melhor quando tocadas pelo alcool, notando-se então a memoria muito mais nitida. Isto vem provar que o alcoolismo não é incompativel com uma memoria regular.

Na *psychose myxedematosa* ha amnesia que vai pouco a pouco se tornando mais notavel. Póde chegar esta a tal ponto, como testemunha uma bella observação de Sollier, que o doente se esqueça da propria linguagem que falava.

Na *eschizophrenia* a memoria se acha pouco alterada. O doente consegue ministrar informes sobre seu passado e dizer com precisão, por exemplo, em que dia se deu sua internação. Os conhecimentos, que adquiriu na infancia, ficam até que se manifeste a demencia organica. Ha casos bem curiosos. Tal o de um eschizophrenico que assignalava n'um mappa cidades cujo local se lhe pedisse; outros conseguia resolver problemas, em que já trabalhára; outro acudia com promptidão a qualquer pergunta

de historia que se lhe dirigia. Na fórma hebephrenica é que póde ás vezes occorrer uma certa dysmnesia.

Na *paralysia geral progressiva* ha perturbação notavel da memoria. Muitas vezes a amnesia, que desde os primordios da affecção se antolha, é o unico signal da terrivel doença. Neste caso é claro que bem não andará quem só pelo desmemoriamento, sem mais nada, firmar o diagnostico da demencia paralytica. Poderá errar, mas o que não padece duvida, é que se deve cogitar della quando, por exemplo, se notar um estado de excitação maniaca coincidindo com esquecimento accentuado. Ahi a indagação minuciosa da rigidez pupillar, signal de Argyll Robertson, lymphocytose, etc., será pedra de toque para abolir as duvidas. A's vezes, já se prevê com segurança a paralysia geral pelo simples facto de, sendo o doente guarda-livros, ou tendo instrucção que lhe permitta lidar com os algarismos sem difficuldade, verificar que se atrapalha em calculos simples, sendo incapaz de fazer uma multiplicação, em que se transponham dezenas de uma classe para a seguinte. E' este o signal de Joffroy, nella quasi infallivel e que testemunha sensivel amnesia. Nelle se esquecem os doentes, desde cêdo, de tudo quanto fizeram poucos dias antes. Muitas vezes não conseguem lembrar-se do nome da rua onde residem, nem tão pouco do numero de sua casa. Sahem á rua e se esquecem do chapéo. Quando se referem a um dado acontecimento, são incapazes de dispôr em ordem chronologica as recordações que tenham.

Na escripta se constata precocemente o olvido de lettras ou syllabas. Interessante é que póde succeder que o paralytico de alguma cousa ainda se recorde e já se apresente incapaz de dizer qual o nome dos seus filhos. A perda da memoria vai sempre dos factos recentes aos mais antigos. E' incapaz de dizer quando nasceu ou quantos annos tenha. E o que referi em relação á multiplicação, é nitido igualmente no que concerne á subtracção e á divisão, nos periodos um pouco mais adeantados do mal. Os enganos no dar o troco são muito frequentes.

De passagem, póde-se referir que, na *psychose tabida*, transparece facilmente a dysmnesia.

Na *atrophia cerebral consequente á arterio-esclerose* ha sempre, como pregoeiro do mal, um cansaço precoce da memoria, que não permitte ao doente conservar em sua retentiva muita cousa. Custa muitissimo o fixar qual-

quer facto. O embaraço na fixação das imagens é mais notavel do que a perda da memoria dos factos pasados. Na paralysia geral a memoria de fixação se vai perdendo ao mesmo tempo que a de reproducção ou de evocação. A amnesia anterograda existe simultaneamente com a retrograda que é a que primeiro se perde. E' o contrario, pois, do que se dá na atrophia cerebral por arterio-esclerose. Ora, o diagnostico differencial entre as duas é muito difficil, e assim se consegue ter um optimo elemento com que se possa espadanar as duvidas que surjam. Na paralysia geral perde-se muito cêdo a noção exacta do meio em que se vive, ao passo que na atrophia cerebral por arterio-esclerose esta se conserva, apezar da amnesia por falta de fixação. A demencia na primeira é global, completa, na segunda é lacunar, depende de fócos de amollecimento.

Em nenhuma dellas é tão nitida a lei de Ribot como na *demencia senil*. Desapparecem os factos recentes antes que se tenha perdido a lembrança dos antigos; o desapparecimento das imagens complexas precede o da mais simples, o das mais abstractas antecede o das concretas; esvaem-se as idéas e depois os sentimentos, embora não seja preciso que todas aquellas se sumam para que estas se percam; só se perdem depois de tudo isto as acquisições organicas, em que quasi não toma parte a consciencia. Isto é a synthese do que Ribot estabeleceu sob a fórma de uma lei, que na demencia senil encontra sua mais perfeita applicação. A amnesia se apresenta muito mais vagarosamente que na paralysia geral e se subordina de modo muito mais rigoroso á lei de Ribot. São doentes que se perdem facilmente em sua casa, que se esquecem com facilidade do que na vespera fizeram.

Por outro lado, ha facilmente illusões da memoria, trocam-se acontecimentos reaes por outros que o não são, ou entremeiam-se aquelles com estes. Torna-se por vezes, difficil destacar bem o que é essencialmente verdadeiro. Pouco a pouco vai minguando o patrimonio representativo e as idéas se vão formando lenta e uniformemente.

No typo clinico que Kahlbaum estabeleceu sob a rubrica de *presbyophrenia,* ha o esquecimento precoce de tudo quanto occorreu na vespera; só permanece na memoria o que excita fortemente a emotividade. Uma doente, por exemplo, que mal se orientava em relação ao tempo e lugar, que não conseguia recordar-se do que na vespera fizéra, tinha bem nitida a lembrança de ter sido accusada

de furto e das circumstancias que rodearam a infame imputação.

Nos casos de *syphilis cerebral,* quando houver amnesia, signal é de que as lesões cerebraes são diffusas. Pelo tratamento mercurial energico póde succeder que a amnesia se reduza a simples dsysmnesia, mas o que não padece duvida, é que sempre persistirá um certo grão de perturbação da memoria.

Ha então muitas vezes illusões da memoria. O que em alguns se antolha como effeito de allucinações, nada mais é que uma deturpação da lembrança de factos reaes. Pelo contrario, a memoria é muito intensa, e, á força de querer lembrar-se de tudo, mistura-se um pouco o que é real com o que o não é.

Na *epilepsia* ha dysmnesia, que se nota em periodos mais ou menos longos, antes ou logo depois dos ataques. Alzheimer referiu casos em que havia amnesia notavel, sendo que n'um ia ella a um periodo de anno e meio. A's vezes, ha o olvido de factos accessorios e ficam só os essenciaes. No momento preciso do ataque ha, por via de regra, a amnesia absoluta e, á força de se repetirem os ataques, cada vez é mais accentuada a dysmnesia consequente. Encontram-se nitidamente perturbações da memoria nos estados crepusculares, em que tudo fica confuso como em um sonho. As lacunas da memoria fazem com que, com toda convicção, um doente que ateiára um incendio, se refira a outro como si fôra este o auctor do maleficio. Aquillo que se deve frisar bem, é que na epilepsia ha menos amnesia que exgottamento nervoso. Depois de qualquer crise o individuo fica entorpecido, exgottado e então muito lhe custa, pelo cansaço cerebral, recordar-se de qualquer cousa.

Na *hysteria* a imaginação morbida deturpa ou aformoseia os factos occorridos. Só isto. Não ha alteração notavel da memoria. Muitas vezes esta se apresenta intacta. Quando, por acaso, se der a amnesia, revestirá ella o aspecto da anterograda ou da periodica. Esta, principalmente, occorre nas crises de delirio hysterico, em que haja desdobramento da personalidade, ficando n'uma das phases completo o esquecimento do que na outra se passou. Ha então o olvido de certos periodos da vida. Muitos actos, que constituem a distracção dos hystericos, são effeitos de dysmnesia. Ha tambem a mentira que nelles deriva bastas vezes de illusões da memoria. Em todo o caso, não é profunda e notavel a alteração da memoria.

Nos *imbecis* a memoria perdura apenas em relação aos factos mais grosseiros. Outras vezes, succede que particularidades pouco importantes são conservadas na memoria ao passo que outras muito mais notaveis se perdem por completo. O que conseguem contar, nem sempre póde merecer credito, pois transformam factos imaginarios em reaes e accrescentam o que se não passou ao que realmente occorreu. Quando sahem da escola, já se lhes esvai o que aprenderam.

Na *idiotia* não póde haver memoria, pois o cerebro não apprehende cousa alguma.

Nos *simples degenerados* não ha, geralmente, alterações da memoria.

Synthetisando o que vim descrevendo, póde-se verificar que, quando houver amnesia, haverá motivo para se pensar em demencia senil, paralysia geral progressiva, psychose myxedematosa e atrophia cerebral por arterio-esclerose. Os carecteres que apresenta a alteração da memoria em cada uma dellas, servem bem para as distinguir. E a respeito delles já tive ensejo de me esplanar sufficiente. Quando houver dymnesia, poder-se-ha cuidar de preferencia, em estados maniacos, estados depressivos, estados de consciencia mental, psychose tabida, presbyophrenia, syphilis cerebral e epilepsia.

A paramnesia fará lembrar o alcoolismo, a hysteria, a imbecilidade. Na primeira, no delirio systematisado allucinatorio chronico, no delirio espirita episodico e na eschizophrenia não apparecem perturbações da memoria.

Vê-se, pois, que se póde circumscrever em quatro grandes grupos todas as fórmas psychiatricas, de accordo com o estado em que se verifique a memoria. E', portanto, este mais um elemento de semiologia clinica de incontestavel valor.

SEMIOLOGIA E PSYCHOLOGIA EXPERIMENTAL DA INTELLIGENCIA

A *intelligencia* é definida pelo Prof. Mira como capacidade de aproveitar o nosso conteúdo mental para a realisação de novas adaptações (destinadas á solução de difficuldades para se conseguir um resultado desejado).

O Prof. Honorio Delgado, em seu excellente livro de Psychologia, define a *vida intellectual* o conjuncto de estados e processos que são vividos pelo *eu* como experiencias subjectivas, porém que não são susceptiveis de ser considerados como representativos de uma esphera de existencia distincta de sua mera concepção ou representação no mundo interior do *eu*.

A vida intellectual comprehende funcções de acquisição (sensação e percepção), funcções de conservação e evocação (memoria, associação de idéas), funcções de elaboração (abstracção e generalisação, juizo e raciocinio), actividade creadora do espirito (imaginação.)

Como já tive occasião de descrever nos actos psychicos, o individuo que recebe uma excitação do mundo exterior, tem uma sensação que elle percebe e analysa, á qual elle presta attenção e tem então uma apercepção. Comparando o que vê com que já viu, evocando objectos que guardou na memoria, tem uma imagem que ligada a outras, lhe dá uma idéa que faz identificar o objecto.

Quando as idéas se associam, fórma-se o raciocinio e quando este se desenvolve, ha o pensamento. Quando o individuo juncta predicados inexistentes aos que fazem parte do objecto apresentado, ha a imaginação.

A intelligencia lida com todos estes elementos e do manejo delles, mais ou menos rapido, mais ou menos perfeito, deriva o gráo de *capacidade intellectual.*

Em seu muito bem elaborado livro de Psychologia, o Prof. Plinio Olinto frisa que a intelligencia seria a reacção psychica integral com um fim de adaptação.

Accrescenta elle que a intelligencia applicada apparece como aptidões especiaes que o povo chama *dotes* e *talento*.

Jaspers, em seu optimo livro, diz que a intelligencia e a personalidade serão sempre noções confusas, pelo facto de cada uma dellas representar um infinito.

Para elle, ha na intelligencia um conjuncto de dotes ou faculdades que difficilmente se pódem separar, desenvolvidos em gráo differente em cada individuo.

Representações visuaes, auditivas ou de movimentos pódem ser mais ou menos predominantes na intelligencia. Esta se desenvolve e se aperfeiçôa com os conhecimentos adquiridos, com a cultura scientifica do observado.

O sabio Prof. Georges Dumas, em seu excellente Tratado de Psychologia, diz que a intelligencia é a principio discernimento e adaptação, como a consciencia é actividade, escolha e attitude de resposta. Assignala elle que a primeira funcção da intelligencia é continuar e completar a adaptação do ser ao meio. A orientação da conducta e a realisação de trabalhos mais ou menos perfeitos são por ella influenciados.

Diz-se que uma intelligencia é *agil* quando comprehende rapidamente os problemas; *pratica* quando sabe escolher a cada instante o que mais convenha; *theorica*, aquella que póde parecer debil, mas que na solidão e no repouso póde dar uma optima producção intellectual.

Stern frisa que a *intelligencia* é a aptidão geral do individuo para collocar conscientemente seu pensamento de accordo com as necessidades novas; a adaptabilidade geral do individuo aos problemas novos e ás condições mutaveis da vida.

Hodiernamente Stern simplifica a definição dizendo que a *intelligencia* é a capacidade geral de se adaptar ás novas situações mediante o emprego conveniente dos meios ideativos. Quando a intelligencia se torna independente das neccessidades da vida, diz-se *pura* ou *theorica*, ao passo que a *pratica* dellas depende.

Como já tive occasião de dizer, Ruyssen diz que o *entendimento* corresponde ao *intellectus* que é o conjuncto de operações, por meio das quaes comprehendemos uma

verdade. A razão é que dá as regras, leis ou meios, por meio dos quaes se exercita a *intelligencia*.

A *actividade intellectual* passa por tres phases para a realisação de um dado objectivo: *comprehensão, imaginação* e *critica*. Na intelligencia influem o *conhecimento* e a *intuição*, sendo que na do homem predomina o conhecimento, pela acção logica, reflexiva ou racional, e na da mulher a intuição, pela acção affectiva ou instinctiva.

No trabalho intellectual ha o feitio *inductivo* e o *deductivo*, sendo que naquelle se prefere a synthese e neste a analyse.

Sob o ponto de vista dos dotes intellectuaes ha pessoas que têm grande habilidade em lidar com corpos e objectos physico-chimicos, outras que elaboram com facilidade conceitos de idéas abstractas, e outras que são habeis no lidar com as outras pessoas.

As do ultimo grupo se tornam mais facilmente alienadas do que as do primeiro grupo.

Na média dos doentes mentaes ha mais conservação de actos e habitos motores, do que de actos e habitos verbaes. E' muito mais commum observar-se o alienado dizer ou pensar tolices ou extravagancias e não fazer, do que o contrario.

No contacto social, pela expressão physionomica do individuo, é onde se nota em primeiro lugar a alteração da intelligencia.

A intelligencia como o instincto, é uma formação phylogenetica que vai evoluindo das especies inferiores ás superiores.

Ha, porém, nos gráos intellectuaes typos morbidos que se equiparam aos animaes inferiores.

A criança, á medida que vai crescendo, vai aprimorando a intelligencia. Ainda ahi póde haver typos precoces, em que esta se mostra mais perfeita do que em certas pessoas adultas.

Si o desenvolvimento biologico ou vital se comprova pelas mudanças de estructura, o desenvolvimento intellectual se assignala pela melhor coordenação das respostas ou maior complexidade dos phenomenos centraes.

Para provar a evolução intellectual, compara-se o que o individuo é capaz de fazer com o que elle já fez, e observa-se, além disto, tudo quanto é elle capaz de realisar.

O caracter essencial da intelligencia é a acquisição de novas respostas, de accordo com as exigencias do momento. Muitos consideram como exemplos de intelligencia degradada, cousas que se tornaram automaticas pela força do habito.

Signal distinctivo da intelligencia é a adaptação progressiva ao meio, a perfeição das respostas.

E' um processo, em que a acquisição e a fixação devem desempenhar papeis de igual importancia.

Com o estudo a intelligencia se vai cultivando e se vai aprimorando.

Cada anno de escola, cada mez, mesmo cada dia, fornecem novas acquisições á intelligencia que evolúe. Assim a criança que vai ficando mais culta, vai se mostrando mais intelligente.

Bianchi accentúa muito bem que a intelligencia é um facto biologico e o pensamento um phenomeno dynamico da vida.

Submettida a uma analyse methodica, a intelligencia se depara como um phenomeno vital complexo, de base anatomica.

O conceito scientifico do mechanismo intellectual está intimamente ligado ao da linguagem nas suas manifestações mais accentuadas. A *palavra* resulta de um longo e penoso trabalho, em que tomam parte numerosos factores psycho - physiologicos.

Charcot e Bianchi acham que é nos centros acusticos que se encontra o maior poder formador e regulador da palavra, ao passo que Stricker e Bastian conferem o predominio á imagem cenesthesica articulatoria. As associações de idéas dirigem toda a actividade intellectual.

E' claro que na evolução psychica o pensamento precede a linguagem, mas o manuseio desta facilita em muito o desenvolvimento daquelle.

Nos ultimos annos houve muita preoccupação em se apurarem as relações entre a idade e o desenvolvimento intellectual. Binet foi quem iniciou estas pesquizas, estabelecendo uma escala metrica para a medida da capacidade intellectual, modificada por Simon, e introduzida e aperfeiçoada na Allemanha e nos Estados Unidos.

Para a medida da capacidade intellectual toma-se em consideração o nivel intellectual e o gráo de cultura. O

nivel intellectual representa a quantidade de intelligencia e cresce com o desenvolvimento mental. O gráo de cultura sóbe com a maior facilidade de comprehensão e a maior somma de estudo.

Vallejo-Nágera diz com razão que quando se procura tomar a *medida da capacidade intellectual,* não se toma em consideração, a rigor, a capacidade e sim a productividade.

Catell, em 1896, introduziu em psychologia o *mental test,* methodo que foi aproveitado por Binet para a medida da intelligencia. O Methodo de Binet e Simon, creado em 1905, tem como idéa directriz imaginar um grande numero de provas que apresentam uma difficuldade crescente e que são aproveitadas em uma série de crianças de idades differentes, tomar nota dos resultados e verificar os que correspondem mais constantemente a uma certa idade, estabelecer assim padrões de typos normaes e constatar em que delles differe a criança observada ou o adulto que se examine e que a ella se venha comparar. Constitue-se desta fórma uma escala metrica de intelligencia que permitte provar que uma dada pessoa tem a intelligencia que corresponde á sua idade, ou a tem atrazada ou adiantada, e a quantos mezes ou annos sóbe o atrazo ou adiantamento.

A *idade mental* que as provas indicarem, deve corresponder nos casos normaes á idade chronologica ou natural.

Si uma criança tiver, por exemplo, uma idade mental de oito annos, deverá ter resolvido todas as provas de oito annos. Dar-se-ha um quinto de ponto para cada test realisado, superior á sua idade mental.

O *quociente de intelligencia* que se obtem, dividindo a idade mental pela idade chronologica, é nos casos normaes igual a 1. Póde um menino resolver os tests correspondentes á sua idade e mais um ou dous, por exemplo, superiores a esta.

Si um menino de 10 annos, por exemplo, acertar todas as provas de 7 annos, e mais duas de 8 annos que se marcarão como 0,2, duas de 9 e duas de 10 annos, assignalar-se-ha o quociente de intelligencia igual a

$$\frac{7 + 0{,}4 + 0{,}4 + 0{,}4}{10} = 0{,}82$$

O methodo de Binet Stanford que representa um aperfeiçoamento do de Binet-Simon e que é geralmente utilisado, comprehende as seguintes provas:

METHODO DE BINET-STANFORD

Nome do doente ....

Data do exame ....

Edade real .... *Edade mental* ....

Annos	Provas	Resultado
3	Nomear os objectos familiares: faca, tostão, relogio, lapis	....
	Mostrar o nariz, os olhos, a bocca e os cabellos..	....
	Enumerar os objectos contidos numa gravura..	....
	Dizer o sexo	....
	Dizer o nome da familia	....
	Repetir uma phrase de 6 a 7 syllabas	....
4	Comparar o comprimento de 2 linhas	....
	Descriminar formas (circulos, rectangulos, estrellas)	....
	Contar 4 moedas iguaes	....
	Copiar um quadrado a lapis	....
	Comprehensão do 1.º grão	....
	Repetir 4 numeros na ordem enunciada	....
5	Comparação de 2 pesos	....
	Distinguir 4 cores (amarello, encarnado, azul e verde)	....
	Comparações estheticas	....
	Definir pelo uso: cadeira, cavallo, garfo, boneca, lapis, meza	....
	Juntar as partes de um rectangulo bi-partido	....
	Executar tres ordens simultaneas	....
6	Distinguir o lado direito do esquerdo	....
	Indicar o que falta em figuras incompletas	....
	Contar 13 moedas	....
	Comprehensão de 2.º grão	....
	Reconhecer 4 moedas do uso corrente	....
	Repetir 16 a 18 syllabas	....
7	Dizer o numero dos dedos em uma das mãos e em ambas sem os contal-os	....
	Descripção de gravuras	....
	Repetir 5 numeros	....
	Dar um nó com dous laços em torno do dedo do examinar.	....
	Dizer de memoria a differença entre borboleta e mosca, pedra e ovo, pedaço de pau e de vidro	....
	Copiar um losango	....

Annos	Provas	Resultado
8	Procurar a bola perdida no campo	....
	Contar de 20 a 100 no prazo de 40 segundos	....
	Comprehensão de 3.° grau	....
	Indicar a differença entre madeira e carvão, banana e laranja, ferro e prata, navio e auto	....
	Definições superiores ao uso: o que é balão, automovel, barco, onça, soldado	....
	Definições de 20 vocabulos num total de 100	....
9	Indicar o dia da semana, mez e anno	....
	Comparar 5 pesos differentes	....
	Dar o troco	....
	Dizer em ordem inversa 4 numeros	....
	Com 3 palavras dadas, construir uma phrase	....
	Achar 3 rimas para uma palavra	....
10	Definição de 30 palavras num total de 100	....
	Mostrar o absurdo de pequenas historias contadas	....
	Reproduzir de memoria 2 desenhos expostos durante 10 segundos	....
	Ler uma noticia e reproduzil-a de memoria	....
	Comprehensão de 4.° grau	....
	Dizer 60 palavras quaesquer em 3 minutos	....
12	Definição de 40 palavras num total de 100	....
	Destinguir palavras abstractas: Piedade, vingança, inveja, caridade, justiça	....
	Collocar em bôa ordem phrases desordenadas ..	....
	Interpretação de fabulas	....
	Repetir 5 numeros em ordem inversa	....
	Descoberta da bola num campo: o examinando deve ter um plano	....
	Interpretação de gravuras	....
	Indicar a semelhança entre cobra, vacca, passarinho, livro, professor, jornal, rosa, batata e arroz	....
14	Definição de 50 palavras num total de 100	....
	Inducção prever quantos furos terá uma folha de papel, dobrada de varios modos, quando feito um buraco	....
	Dar a differença entre presidente da republica e rei	....
	Dar o complemento de pequenos problemas da vida corrente	....
	Dar a solução de alguns problemas mathematicos faceis	....
	Problemas com os ponteiros do relogio	....
16	Definição de 60 palavras num total de 100	....
ADULTO	Differença entre palavras abstractas: preguiça e ocio, caracter e reputação, pobreza e miseria, evolução e revolução	....
Medio	Problema das caixas encaixadas em outras	....
	Repetir 6 numeros em ordem inversa	....
	Escrever pelo codigo	....

Annos	Provas	Resultado
18 ADULTO Superior	Definição de 75 palavras num total de 100	....
	Inducção cortar o papel	....
	Repetir 8 numeros	....
	Resumir um trecho lido	....
	Repetir 71 numeros em ordem inversa	....
	Problema de engenhosidade	....
Supplementares	3 — Repetir uma phrase de 6 a 7 syllabas	....
	4 — Repetir uma phrase de 12 a 13 syllabas ..	....
	5 — Dizer a cidade	....
	6 — Distinguir a manhã e a tarde	....
	7 — Enumerar os dias da semana na ordem exacta	....
	8 — Dar o nome das 6 moedas mais communs	
	— Dictado de um trecho facil	....
	9 — Dizer os mezes	....
	— Calculo sobre sellos postaes em uso	....
	10 — Repetir 6 numeros na ordem directa	....
	— Repetir uma serie de 20 syllabas	....
	— Quebra-cabeça (Puzzle): solução em 5 minutos	....
	14 — Repetir 7 numeros	....
	16 — Repetir 28 syllabas	....
	— Comprehensão das leis physicas	....

Criticou-se este methodo pelo facto de se encontrarem associados num mesmo grupo provas de difficuldades differentes, muitas das quaes facilitadas pela instrucção e erudição.

Decroly e Degaud dizem que ha provas das primeiras idades muito faceis e outras, do periodo adulto, muito difficeis.

Goddard constatou em um estabelecimento de crianças anormaes que a idade mental, em geral, estava atrazada em relação á idade chronologica.

Examinando 2.000 crianças tidas como normaes, nas escolas de Vineland, 4% dellas podiam ser tidas como supernormaes e 15% como subnormaes, porém susceptiveis de educação.

Meumann estabelece tres variedades de provas: provas que medem aptidões variadas ou provas de intelligencia, outras que medem, a rigor, o desenvolvimento intellectual e outras que assignalam a influencia do meio ambiente.

Bobertag estabeleceu tests novos, aperfeiçoando o methodo de Binet e Simon, sendo muito utilisados na Allemanha.

Carlota Bühler criou *baby-tests,* muito aproveitaveis em crianças de menos de tres annos.

Kuhlmann, modificando o methodo de Binet, criou provas de 3 meses a 15 annos, augmentando em cada anno o numero dellas e estabelecendo assim 129.

Saffioti modificou tambem o methodo, estabelecendo provas para menos de 10 annos e para mais de 10 annos, em dous grupos.

Toma em consideração a classe em que a criança estuda e progride, acreditando que a intelligencia se desenvolve principalmente pela influencia do meio escolar.

O processo mais utilisado e preferivel que é o de Binet-Stanford, a que me referi, tem esta designação pelo facto de assim se chamar a Universidade de California, em que Terman e seus collaboradores o confeccionaram.

A escala por pontos (point-scale) de Yerkes-Bridges aproveita a de Binet-Simon, não classificando, porém, os tests por séries de idades e sim por meio de pontos.

Os problemas resolvidos são assignalados por uma série de pontos. Sommados estes, verifica-se a que idade elles correspondem, nota-se si ha augmento ou diminuição de intelligencia e obtem-se o coefficiente de capacidade mental, si se dividir o numero de pontos obtidos pelo que constitúe o normal na idade da criança.

Tomando em consideração os quocientes de intelligencia, Terman estabeleceu uma classificação, em que diz que o *genio* corresponde a Q. I. igual a 140 ou mais, a *intelligencia superior,* de 110 a 140, a *média,* de 90 a 110, a *inferior* de 80 a 90, o typo *abobado,* de 70 a 80 e o debil mental, menos de 70.

Rossolimo, medico-director do Instituto de Anormaes de Moscou, criou um graphico, o *perfil psychologico,* por meio do qual faz um exame qualificativo da intelligencia. Nelle se procura o gráo de desenvolvimento de nove processos psychicos, cujo desenvolvimento maximo se equipara a 10 decimos. Marcam-se pontos, conforme a solução correcta ou errada de 10 problemas, dando-se um ponto para cada funcção parcial dos nove processos psychicos. Estabelecendo-se um graphico, em que nas abscissas se representam as funcções e nas ordenadas, as alturas de cada capacidade, vê-se que unindo os pontos das ordenadas, tem-se o graphico que se chama perfil psychologico.

Conforme o numero de tests resolvidos, num conjuncto de 25 séries de provas, constando cada série de

10 tests mais ou menos difficeis, avalia-se o maior ou menor valor do perfil psychologico.

A pesquiza é lenta, gasta, mais ou menos, tres horas e meia e dura tres dias.

Si nos perfis psychologicos se inscrevem os niveis relativos ás grandes funcções mentaes e se tem assim uma bôa impressão de conjuncto da intelligencia, ha duvidas, no entanto, em relação á preferencia pela escolha de uma ou outra actividade mental, isto é, procurando-se uma escala global, é preciso que os elementos que a compõem, tenham o mesmo valor relativo. Nella se investigam a attenção, a vontade, a percepção, a memoria, a comprehensão, a capacidade combinativa, o sentido mechanico dos processos associativos, a capacidade de os completar e a capacidade de observação.

Ha perguntas referentes a cada um destes elementos, a que o observado terá de dar uma resposta.

Vermeylen propoz um methodo mixto, em que reunio os melhores elementos da escala global e da escala analytica.

Nos seus tests investigou a attenção perceptiva e a reactiva, a memoria de fixação, a de conservação e a de evocação, a imaginação simples, a associação simples, a comprehensão, o julgamento, o raciocinio, a dissociação, a generalisação, a imaginação, a habilidade e a capacidade de imaginação.

Entre as provas para avaliação global do nivel intellectual, uma das melhores e mais facilmente applicaveis, é o test collectivo de Ballard que o muito competente Assistente da Clinica Prof. Dr. Bueno de Andrada descreveu na Folha Medica de 15 de Setembro de 1930 e no qual fez modificações para uma bôa adaptação ás escolas municipaes.

Nos tests de Ballard ha 100 questões, umas por escripto e outras verbaes, e os examinandos têm de escrever as suas respostas. Marca-se o tempo que demora a resposta. Manda-se das ás creanças folhas de papel almasso, divididas em tres columnas e numeradas de 1 até 100.

Faz-se a pergunta em voz clara e compassada e espera-se a resposta. Marca-se o tempo que demorou. Em uma sala espaçosa póde-se apresentar o test de Ballard a 60 crianças de cada vez. Já tinha sido elle applicado pelo Prof. Bueno de Andrada a 3.000 crianças e o tempo de applicação do test, em vez de consumir 1 a 2 horas, póde

limitar-se a 40 minutos nas classes adiantadas e 1 hora e 20 minutos nas atrazadas.

O Prof. Ulysses Pernambucano e o Dr. Paes Barreto applicaram o methodo em mais de 3.000 crianças e encarecem muito o seu valor.

O exame da intelligencia por meio de tests collectivos serviu de muito aos Estados Unidos durante o periodo da guerra de 1914. Fez com que se seleccionassem os recrutas e fossem elles distribuidos consoante a capacidade profissional.

O Prof. Eurico Sampaio, Assistente de Clinica Psychiatrica que com muita competencia dirige o serviço de Psychologia Experimental, escreveu um optimo trabalho sobre methodos psychologicos na pericia psychiatrica, apresentando uma synthese de bons tests para pesquisa da capacidade intellectual.

A pesquisa da capacidade intellectual deve ser feita systematicamente nas escolas, para que se possam distribuir as crianças em classes, não pela idade, mas pelo seu nivel intellectual. Assim o ensino é mais logico e methodico. Nos adultos é um dos melhores elementos para a investigação da capacidade profissional. Em todos os paizes adiantados esta se vai apurando por methodos psychologicos. O Brazil vem progredindo consideravelmente neste particular.

Em relação ás doenças mentaes, é a capacidade intellectual optimo elemento a ser tomado em consideração na diagnose differencial.

Ha falta de intelligencia nas oligophrenias, de que fazem parte a *imbecillidade* e a *idiotia,* além da *debilidade mental.*

Roques de Fursac diz que o *debil mental* tem uma intelligencia correspondente á de uma criança de 7 a 12 annos, o imbecil, á de 3 a 7 e o idiota, á de menos de tres annos.

Franco da Rocha dizia que o idiota era sempre incapaz de transmittir um simples recado, ao passo que o imbecil o poderia fazer.

Cramer assignalava que o idiota parecia uma criança dos primeiros mezes de vida, ao passo que o imbecil, uma de idade mais adiantada, embora sempre inferior á verdadeira idade chronologica.

Muitas vezes o idiota não consegue articular uma unica palavra e póde ter deformações organicas para o

lado da cabeça, tendo, outrosim, o testemunho physico e psychico de uma lesão cerebral e podendo mostrar-se sob o ponto de vista intellectual inferior ao proprio macaco.

Sob o ponto de vista do quociente intellectual, os oligophrenicos têm-no sempre inferior a 0,70.

Nos n.os 2 e 3 do Brasil Medico, de 1919, descrevi uma fórma clinica que criei, o *enfraquecimento mental adquirido* que se traduz essencialmente pela diminuição adquirida da intelligencia, sem que, porém, ella tenha chegado ao nivel da debilidade mental, imbecillidade e idiotia. Este enfraquecimento mental se constata particularmente após processos toxi-infecciosos e muitas vezes se mostra isento de qualquer feitio confusional.

Na *confusão mental*, a obnubilação intellectual impede que durante a doença se mantenha o nivel intellectual.

O doente de *psychose maniaco-depressiva*, na fórma maniaca, fica com uma tal vivacidade intellectual que parece tornar-se muito mais intelligente; pelo contrario, na fórma melancolica, ha entorpecimento da intelligencia.

O *eschizophrenico*, a não ser nas fórmas mais adiantadas, não perde a capacidade intellectual. Não utilisa os conhecimentos adquiridos e assim dá a impressão de ser muito menos intelligente do que na realidade o é. Casos ha, em que póde haver difficuldade em o distinguir de um imbecil, mas a informação de que este não conseguiu aprender grande cousa na escola, ao passo que aquelle teve uma certa instrucção, é o bastante para que se esclareça o diagnostico differencial.

Nas *paraphrenia* considero como elemento essencial o abaixamento do nivel intellectual. No *delirio systematisado allucinatorio chronico* e na *paranoia* ha conservação da capacidade intellectual que, ás vezes, se apresenta mais brilhante, mesmo mais intensa.

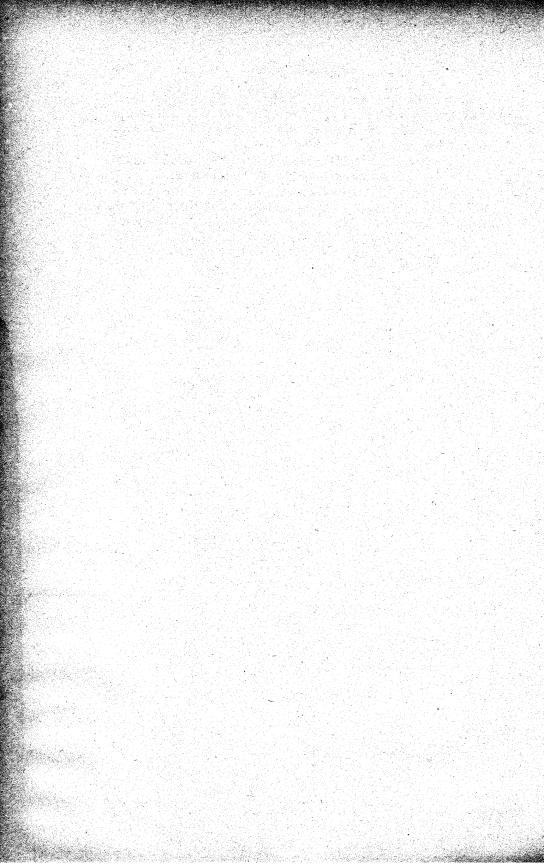
Na *psychose de involução*, ha, a par da ansiedade, diminuição da capacidade intellectual. No *demente senil* ha o enfraquecimento demencial, em que, ao lado do esquecimento progressivo, ha menor capacidade intellectual.

Na *syphilis cerebral* e na *arterio-esclerose cerebral* ha, particularmente quando coexiste o amollecimento cerebral, diminuição da intelligencia.

O *paralytico geral*, mostra, ás vezes, no começo, maior brilho de intelligencia que no entanto, decahe muito quando a doença progride.

O *epileptico*, de crises frequentes, principalmente si entregue ao uso de dóses fortes de brometo, fica muito menos intelligente. O hysterico e o neurasthenico não têm diminuição alguma da intelligencia.

Nos *estados atypicos de degeneração*, principalmente no *desequilibrio mental*, póde haver deficit mental.

Em synthese, quando se examina um doente mental e se nota diminuição da capacidade intellectual, deve-se sempre indagar si isto sempre existiu ou si elle teve certos conhecimentos, aprendeu bem na escola e depois cahiu sob o ponto de vista mental. Isto esclarece bem a diagnose differencial.

SEMIOLOGIA DA VONTADE E PESQUIZAS PSYCHOLOGICAS

A vontade é uma funcção que muitas vezes se depara perturbada nos alienados. Nelles é bem frequente, se verificar ella lacunosa. E muitas perturbações que se notam, bebem sua genesis, unica e exclusivamente, na impossibilidade em que vivem os doentes, de ter a energia volitiva precisa para as refugar. Nos que têm obsessões, phobias, idéas fixas, sabe-se que ellas campêam, porque é fraca a força de vontade. Bastava que esta fosse forte para tudo dominar.

Bleuler assignala que a vontade depende dos affectos, influindo estes, quer na orientação quer na força volitiva Schopenhauer considera a vontade uma continua aspiração. Höffding diz que si uma das tres especies de elementos, sentimento, intelligencia e vontade, deve ser tida como a fórma predominante da vida consciente, é ella, sem duvida, a vontade.

Ardigó considera-a como a somma daquelles estados de consciencia que no duplo aspecto physico-chimico da propria actividade, determinam o individuo a um acto representado antes como um fim.

Alberto Ziveri, num excellente trabalho publicado em 15 de Fevereiro de 1927 no "Cervello", assignala que Tanzi e Lugaro têm razão quando dizem, que não ha vontade sem sentimento e que a actividade voluntaria não differe da actividade instinctiva, sinão porque se baseie em sentimentos mais complexos, mais requintados, mais variaveis.

Vallejo-Nágera frisa ser a vontade o potencial dynamico, mediante o qual se revelam e operam o pensamento e a affectividade.

Para que haja vontade, faz-se mistér, segundo explana Morselli, que a attenção se dirija para um movi-

mento que se inicia. Esta representa a porção centrifuga do reflexo que se inaugura na sensação e culmina no pensamento.

O individuo sente qualquer cousa e tende naturalmente a reagir. A vontade lhe dirige a reacção. Póde esta, segundo os casos, exteriorizar-se em uma actividade muscular ou em uma simples acção das cellulas nervosas. Isto é, póde haver um movimento muscular ou uma secreção de pensamento.

Na primeira hypothese póde succeder que haja um simples reflexo intra-psychico e a vontade, delle não tome conhecimento.

E' o que succede nos seres que não têm cerebro ou que o têm em condições de não funccionar.

Na segunda hypothese, ha de sempre estar presente, em maior ou menor escala, a vontade. Esta é no dizer de Maudsley e Lewis, o effeito da excitação causada pelas idéas, a que Ribot accrescenta que não consiste ella apenas em agir, mas tambem em não deixar agir. Tanto se tem vontade quando se executa um movimento, como quando se inhibe este. A vontade impõe a reacção.

Póde ser ella acompanhada do desejo de que esta se dê. E' quando já foi ella experimentada e houve nisto prazer.

Para se verificar si um individuo possue ou não vontade, póde-se excital-o physica ou psychicamente.

Póde-se empurral-o a andar e veja-se si o faz bem; façam-se-lhe perguntas e veja-se si lhes dá resposta; dê-se-lhe ordem de executar qualquer movimento e observe-se si o consegue; estimule-se-lhe a emoção e examine-se o modo porque reage; em summa, provoque-se uma qualquer sensação e analyse-se a influencia que no reflexo tem a vontade.

Dahi se infere logo si uma pessoa tem este predicado ou não. Si o não tem, ha *abulia*.

A força de vontade será tanto mais energica, quanto maior fôr a capacidade de resistencia ás provas de automatismo e suggestibilidade, a que o individuo seja submettido, isto é, quanto mais custoso seja elle de se deixar levar pela suggestão.

Fraco de vontade é, pois, aquelle que é muito suggestionavel, em que se realisam com facilidade experiencias de suggestão e automatismo.

Nas experiencias que fiz em minha These Inaugural, para medir a duração dos actos psychicos elementares, é possivel avaliar o tempo que dura, exclusivamente, o acto volitivo, deduzindo do total o valor da parte sensorial e o da parte propriamente intra-psychica.

Outros methodos de psychologia experimental visam a utilisação da suggestibilidade.

A prova de Binet que consiste na resistencia á suggestão de linhas, consta de uma série de vinte linhas parallelas, cada uma um pouco mais comprida que a outra. Trace-se, á parte, uma linha igual a uma dellas e depois do individuo mostrar a que lhe seja igual, convença-se a elle de que a igual seja outra. Si elle ceder e acreditar, é que não tem força de vontade para manter sua convicção.

Outro methodo experimental é o da suggestão de côres, em que se lida com pequenos desenhos com que brincam as crianças, em que com lapis de côres são pintadas arvores, casas, etc. Propositadamente se deixa em branco o céo, por exemplo, e depois de se mostrar por um instante a figura, indague-se, no meio de outras cousas, qual a côr que tinha o céo.

Si elle diz, pressurosamente, que a côr era azul, signal é de ser suggestionavel.

O terceiro *test* consiste na suggestão pelo tamanho, em que se mostram duas cousas que de longe parecem um pouco differentes em altura, mas que na realidade são iguaes. Um pouco de analyse e meditação faz acertar, mas a resposta precipitada faz ser dada a primeira impressão.

O quarto *test* utilisa um dos meios de iniciar uma acção hypnotica. Manda-se que se fixe o olhar demoradamente no nosso, buscando não pestanejar, e seja feita a suggestão de sentir as palpebras pesadas, a ponto de ser obrigado a fechal-as. Tanto mais depressa os factos se realizarão, quanto menor fôr a energia volitiva do observado.

O *test* de suggestão de elevação de uma mão consiste em convencer o observado, de haver um afastamento da mão que pela sua face palmar elle tinha apoiada na mesa, á custa da força que irradie da mão do observador, a qual nella levemente se venha apoiar.

Um sexto *test* consiste em applicar as mãos nas costas do individuo que se mantem de pé e affirmar-lhe que

em consequencia de força magnetico-nervosa que das mãos emane, elle se sentirá attrahido por ellas e cahirá de costas, logo que ellas se afastem e o puxem, portanto, para traz.

O setimo *test* manda que se diga á pessoa que terá os olhos vendados, que se irá tocal-a, ora com um, ora com dous dedos.

Ella terá de declarar o que se fôr fazendo, e tocando-se sempre só com um dedo, sendo suggestionavel, mais de uma vez affirmará ter sido tocada com dous dedos.

Um *test* ha de suggestão dolorosa. Tapem-se os olhos do observado, diga-se-lhe que se vai transfixar-lhe o braço com um alfinete e roçando-lhe de leve a pelle com a ponta, sentirá elle o que se não passou.

O nono *test* é o da suggestão mental de Binet, em que se mostram, durante dez segundos, quadros com figurinhas e depois se inquira a respeito de predicado que não exista. Assim, por exemplo, mostrando-se um busto de um homem, indague-se da posição em que se viam as pernas que evidentemente no quadro não figuravam. Pelo numero de respostas erradas se póde aferir a fraqueza volitiva.

Rossolimo propõe outras provas para verificar a resistencia á suggestão. Entre ellas, convem consignar: suggerir que vai haver uma grande emoção quando se lhe mostrar um objecto que não a poderá provocar; convencer de que as mãos na temperatura normal vão ficar muito quentes; collocar na palma das mãos do observado dous pesos iguaes e fazer crer que são differentes; mostrar num quadro um pai e um filho da mesma altura e depois fazer o observado declarar qual é o mais alto; declarar-se que se vai suggerir um absurdo, perguntar-se quando andam as crianças com a cabeça para baixo, responder o interrogado que nunca e o medico demonstrar que isto occorre em certos brinquedos, em que ha cambalhotas; declarar ao observado que deve ficar com os olhos abertos e bem fixos no observador, até que conte até dez, e então fechar subitamente os olhos, notando-se que frequentemente o faz antes ou depois.

Guido Guidi inventou um suggestimetro que consiste numa estufa fingida, com lampadas vermelhas, dando a impressão de estar muito quente.

Ha um botão que faz pressão sobre um tubo graduado que penetra mais ou menos profundamente na estufa. Convencida a pessoa de que da pressão do botão vai derivar uma sensação de grande calor, sente-o tanto mais intenso quanto mais suggestionavel, sem que na realidade tenha havido o menor aquecimento.

Póde-se fazer a exploração psychometrica da vontade, baseada na resistencia ao automatismo. Mande-se que o individuo marche, marcando-se o passo, um, dous, tres, etc. Deve elle parar, logo que o investigador se cale.

Entregue ao automatismo, continúa a andar no instante, em que devêra parar.

Mande-se que se dêm dez pancadas numa mesa, ao mesmo tempo que o observador fôr dando mais de dez. Se aquelle parar nas dez, é, que tem força de vontade.

Diga-se uma série de numeros e determine-se, sejam elles repetidos na mesma toada.

Baixa-se a voz e se verifique si a de quem repete, tambem baixou.

Mandando-se contar de vinte a trinta, por exemplo, e ao chegar a trinta, saltando-se para quarenta, ver-se-ha o suggestionado seguir automaticamente a contar trinta e um, trinta e dous, etc.

Outro methodo é o de mandar copiar um trecho de um livro e fazer bastante barulho que busque desviar a attenção. Si tal se não conseguiu, signal é de força de vontade.

Manda-se repetir bem depressa os mezes do anno, cale-se de repente, e o observado continuará a declamar.

Dêm-se varias pancadas numa mesa, pare-se de repente e se verifique si o outro continúa a bater.

Outro *test* semelhante é o que manda traçar bem depressa varias linhas verticaes e parar de repente. Si a pessoa segue automaticamente a riscal-as, é que não tem força de vontade.

Como bem se vê, em todos estes *tests* de vontade varia em pequenos detalhes o processo, mas sempre se perquire si ha força de vontade precisa para interromper um acto logo que se faz mister, ou si a deficiencia della faz com que se continúe a agir automaticamente.

Do modo porque reage, deduz-se, logo si ha maior energia volitiva ou *hyperbulia,* vontade escassa ou *hypobulia,* tambem dita *dysbulia.*

Si se exercer ella de um modo intempestivo ou absurdo, sem muita coordenação com a sensação, ha a *parabulia*.

Chama-se *ambivalencia volitiva* o estado de indecisão em que se impõem ao mesmo tempo á consciencia dous impulsos volitivos oppostos, sem que a pessoa se decida a uma escolha prompta.

Ha *bradybulia* quando succede como nos estados post-encephaliticos, que o individuo sabe querer, mas só póde fazer muito devagar.

O *negativismo* é um transtorno volitivo, em que ao impulso motor se liga uma contraordem mais poderosa de origem pathologica.

Ha *ataxia volitiva* quando pela dissociação entre sentimento, pensamento e vontade, o individuo faz uma cousa differente ou contraria ao que elle quer.

O ergographo de Mosso e a penna electrica de Edison são apparelhos, pelos quaes se afere a energia com que a vontade se exteriorisa. No primeiro se verifica a rapidez com que se realiza o movimento muscular; no segundo se visa a velocidade com que se póde dar a escripta.

A falta de vontade propria ou *abulia* é oriunda bastas vezes da falta de estimulo que supprime toda iniciativa.

O individuo sabe que deve querer, tem a consciencia de que deve agir, mas lhe falta a excitação psychica para que actúe. Exemplifique-se no doente, citado pelo medico inglez Bennett, que chegava ao quarto, sabia que devia despir-se, mas ficava duas horas sem que tivesse a força de vontade precisa, para o fazer. Meia hora ficou elle, de uma feita, diante de um criado que lhe apresentava um copo com agua sem que tivesse iniciativa para o segurar.

Contava elle que se lhe afigurava que outra pessoa tomara conta de sua vontade. (Bennett ap. Carpenter, *Mental Physiology*).

E' o caso, tambem, de Quincey, que forçado a escrever uma dedicatoria e prefacio em uma sua obra, se não achou com forças volitivas para o fazer e abandonou tudo diante de tão pequena difficuldade. Sabe-se que se deve querer, mas se não consegue fazel-o.

Um doente de Esquirol, depois de curado dizia que não conseguia anteriormente querer, porque suas sensações eram muito fracas para exercer qualquer influencia sobre a vontade.

Isto nem sempre é verdadeiro, pois nos casos de grave intoxicação das cellulas cerebraes póde haver forte excitação, ser ella sentida, mas havendo nellas uma alteração profunda se não exteriorizar qualquer reacção.

Póde faltar a excitação ou estar alterado o proprio centro psychico, em que se elabora a reacção.

A's vezes, o individuo não sabe querer, porque se esqueceu do modo porque devia agir.

E' o que se dá nos confusos e dementes apathicos que se não decidem, porque se não recordam da fórma, porque devem fazer.

Não têm vontade porque lhes faltam as imagens anteriores e correlatas.

Outras vezes ha um succedaneo das paralysias psychicas de Reynolds.

O doente tem falta de vontade, porque se convenceu disto. E' o que occorre nos que têm obsessão.

Ahi se processa o triumpho frequente da psychotherapia.

Casos ha em que a abulia se origina de uma causa extranha que se entremeia a estorvar a reacção.

E' o que se dá na agoraphobia, em que o individuo não tem força de vontade para atravessar uma praça, porque lhe surge a idéa de poder cahir e morrer no meio della.

Si outra pessoa lhe der a mão, o medo cessará e elle atravessa a praça sem abulia. Isto é proprio de quem tem o caracter fraco, pusillanime, pois é por elle que sempre se afere a linha de conducta que em qualquer occasião vai orientar o modo de agir de cada qual.

A abulia póde tambem derivar de um excesso de trabalho.

Um individuo não tem força de vontade para fazer cousa alguma, por se achar com o cerebro exhausto.

Póde chegar a ponto de nem siquer ter energia para pensar.

O contrario da abulia dá-se na *hyperbulia*.

Ahi ha uma excitação psychica que faz com que a força de vontade augmente, se exteriorise com facilidade maior.

Uma pessoa que receba um insulto, ficará excitada com a offensa e terá logo uma vontade prompta e intensa para reagir. Terá mais força de vontade que em qualquer

outra occasião. No que estiver ligeiramente alcoolisado, os impulsos volitivos são mais accentuados.

Tudo se faz mais depressa, porque se afigura mais facil.

Nos casos em que ha *excitação maniaca,* o doente tem a vontade muito prompta e forte, mas como se intromettem muitas sensações ao mesmo tempo, a attenção se não póde estabilisar em cada qual e mal se tem a vontade energica de realizar uma dada acção, já surge a desfazel-a outra qualquer cousa. Ha força de vontade, mas que se não aproveita.

A vontade é intensa mas não chega muitas vezes a completar o que pretendia. No entanto, sempre se vê que ella é orientada para fazer uma dada cousa. O contrario se vê na *catatonia.*

Ahi se não percebe um objectivo razoavel para a acção que rapida se manifesta. Quer-se, mas se não sabe bem o que.

O catatonico investe contra uma pessoa que delle se avesinhe, mas não sabe bem dizer porque, nem para que assim o faz.

Poder-se-hia mesmo dizer que em tal caso parece antes haver força de vontade, do que realmente tal se dê.

Hypobulia dá-se quando é escassa a força de vontade.

Coincide muitas vezes com ella a *dysbulia,* isto é, a difficuldade em ter vontade propria. Como seja muito subtil a differença entre uma e outra, auctores ha que têm como synonymos os dous termos.

Dysbulia ha quando ha força de vontade e surge ao mesmo tempo uma força contraria, antagonista, que annulla ou attenúa a primeira e faz com que ella se não faça sentir.

E' o que se dá no negativismo dos catatonicos. A idéa de não fazer uma cousa domina, impede a que existia, de a praticar.

Pela ampulheta do nosso raciocinio escorre a energia do nosso querer. Haverá diminuição na força volitiva si no momento, em que queiramos qualquer cousa, tivermos uma distracção bem accentuada. Si nos concentrarmos na nossa reacção, havemos de querer com mais intensidade.

Quer isto dizer que a causa da hypobulia é a distracção. A causa della tambem será a fraqueza cerebral.

Nos casos de hypnose a vontade do paciente bàquêa diante da do hipnotisador. Si não ha abulia, haverá sempre hypobulia. O individuo não tem ou quasi não tem querer; só quer o que se lhe manda.

Igualmente ha grande reducção da força volitiva nos que se acham com *confusão mental*. O cerebro, dominado por um processo toxi-infeccioso, não póde dirigir a reacção que se vai dar. Demais, os elementos do reflexo psychico estão vulnerados pela toxi-infecção.

Conforme o gráo desta, haverá abulia ou hypobulia.

A's vezes o confuso pêga numa colher, encaminha-a para a bocca, mas, a meio caminho, pára e deixa que ella caia no chão.

Ensaia qualquer acção e pára em meio. Faltou energia para persistir.

Para que se perceba bem quaes os casos em que se dará hypobulia, basta que se recorde que sentir, pensar e querer são os elementos do reflexo psychico elementar.

Basta que haja qualquer estorvo em um destes marcos do reflexo, para que a vontade fique enfraquecida. Isto tambem occorrerá si o cerebro que é o poder phrenador e regulador, inhibir a reacção rapida, já entremeiando uma acção contraria, já desviando a attenção poderosamente para outros factos.

Ha casos em que o individuo não consegue fazer só o que concerne á sua profissão. E' a abulia profissional de Levillain.

Pierre Janet, concatenando as doutrinas pathogenicas concernentes á escassez da vontade, demonstra de sobejo quão variados são os modos de entender o assumpto.

Assim é que Billod diz que tudo se origina de uma perturbação preexistente da intelligencia e dos sentimentos. Um estorvo destes ou daquella embaraça o bem querer.

Magnan assignala que ha sempre uma idéa inhibitoria.

Janet e Riviére dizem que ha sempre um esquecimento do modo de realizar o acto.

Outra theoria diz que tudo depende de que o doente não sente o modo, por que deva agir.

Janet acredita que haja sempre um enfraquecimento do espirito, uma difficuldade em praticar a synthese.

Sreznevski (Revue Russe de Psychiatrie et Neurologie, Agosto 1907), diz que a hypnose educa sempre a vontade e não a enfraquece como se poderia pensar.

Nunca será, pois, causa de hypobulia e sim modo de a remover.

Vê-se, pois, por ahi como são multiplas e variaveis as causas que conduzem á hypobulia.

William James falla numa vontade obstruida e numa explosiva.

Naquella ha um obstaculo á exteriorisação do querer do individuo. Corresponde á dysbulia. Na outra surge a reacção quando talvez se pensasse em a evitar.

Ha neste caso uma vontade impetuosa. Orça isto pela hyperbulia.

Clouston, para melhor esclarecer este sentir, compara bem com o que se vê com o cocheiro e cavallos. Póde succeder que aquelle seja fraco e não tenha forças para refreiar estes, ou que estes tenham o queixo duro e absolutamente se não incommodem com toda a força que tenham as mãos do cocheiro.

Typo classico de hypobulia é o que se verifica nas obsessões.

E' um individuo que tem uma idéa que o empolga e emociona, que se lhe póde afigurar extravagante, mas da qual, apezar de tudo, lhe falta a força de vontade para se libertar.

Quando ha rupophobia, a victima depois de pegar em qualquer objecto, tem a idéa de que este a emporcalhasse ou infeccionasse.

Corre a lavar as mãos e embora o seu raciocinio, pouco depois, lhe demonstre que o receio é absurdo e infundado, é fraca a sua vontade para se furtar a esta lavagem constante e extemporanea. O individuo já não tem força para deixar de fazer o que elle proprio sente ser extravagante.

Ha o caso expressivo do dypsomaniaco que convencido de que seria nojento beber o alcool, com que se banhavam peças anatomicas, não tinha força volitiva para se furtar á obsessão e ingeria-o todo, até o ultimo trago.

Turner refere o caso de um doente que vendo a um canto da sala um barril com rhum e sendo informado de que perto delle haveria um canhão a disparar a todo instante, não sentia energia para evitar a morte, deixando de ir até elle.

Igualmente tem hypobulia o que padece de phobia ou obsessão acompanhada de medo. No que tem panophobia ou medo de tudo e de todos, ha a consciencia a demonstrar muitas vezes, a cada passo, que não ha motivo para receios, mas apezar de tudo não ha energia sufficiente para se não incommodar com as cousas que o assustem.

Sente que não deve ter medo, mas não tem força de vontade precisa para se sentir sem pavor.

E' igualmente uma diminuição da vontade o que occorre nas monophobias ou phobias systematisadas.

Como exemplos poderia apresentar a *metallophobia* ou medo de tocar em metaes, a *belenophobia* ou de pegar em alfinetes, de ser envenenado ou *toxicophobia*, o de ser picado ou *aichmophobia*, o de ver escorrer sangue ou *hematophobia*, o de subir ás montanhas, ou *acrophobia*, o de ficar em quartos fechados ou *claustrophobia*, o de cahir em precipicios ou *cremnophobia*, o de ficar em casa ou *oicophobia*, o de andar de carro ou *amaxophobia* o de andar de trem ou *siderodromophobia*, o de tomar banhos de mar ou *thalassophobia*, o de ver temporaes ou *cheimophobia*, o de ouvir trovões ou *bronthemophobia*, o de ver relampagos ou *astrapephobia*, o de ficar no escuro ou *nyctalophobia*, o de ficar em pé ou *estaso phobia*, o de ficar corado ou *ereutophobia*, o de ter molestias ou *nosophobia*, o de ficar maluco ou *psychopathophobia* ou *maniphobia*, o de ver bichos ou *zoophobia*, o de ver muita gente junta ou *ochlophobia*.

Em todos estes casos trata-se de individuos falhos de vontade.

Não se deve pensar que nelles haja sempre apoucamento intellectual. Muito pelo contrario, casos ha em que a anomalia se antolha em seres bem intelligentes.

O raciocinio é perfeito, a reacção que se impõe, é bem comprehendida, mas falta o aguilhão interno que estimula a vontade e a pessoa fica sem poder querer.

No caso de *onomatomania* ou obsessão para saber o nome das pessoas que se encontram, o hypobulico não póde passar embora sinta ser tolice, sem que pergunte como se chama quem o veja.

Igualmente, no caso de *arithmomania*, é escassa a energia volitiva para deixar de contar tudo quanto vê.

Já foi descripta a energia variavel que póde ter a vontade, indo desde a hyperbulia até a abulia.

Igualmente já foi explicada atraz a genesis de cada uma das gradações della.

Resta agora, sendo sempre methodico, respigar um pouco mais no que concerne ás applicações clinicas.

Aos casos de *excitação maniaca* já me referi e disse que a vontade é ahi prompta, rapida, vagando o individuo sempre á mercê de suas impressões sensoriaes.

Nos *doentes melancolicos* ha hypobulia.

Nos casos de estupôr allucinatorio ha abulia, dominados como se acham os que delle soffrem, pelas idéas tristes que o arrancam ao mundo objectivo.

No raptus, em que investem inopinadamente contra qualquer pessôa, ha como que uma explosão, brusco esforço de vontade, intermediario á apathia que o precedeu e que se lhe vai seguir.

E' uma necessidade que se depara, de mostrar energia n'um momento para quêdar entregue ás allucinações horas a fio.

Os *confusos* não poderiam deixar de ser hypobulicos. Lesados nas cellulas cerebraes que lhes não permittem um psychismo perfeito, claro está que não podem ter facil o seu querer.

Como vimos, pódem chegar a ser abulicos.

O *neurasthenico* é tambem hypobulico ou abulico.

Systema nervoso exhausto lhe não permitte mais que isto.

O *alcoolista* é um enfraquecido da vontade.

O toxico tira-lhe toda energia. A principio parece que fica mais forte, mais energico: pura illusão. Os apparelhos de psychometria demonstram que a sua actividade se cansa com muita facilidade. Na minha these inaugural, sobre a duração dos actos psychicos elementares, assignalei haver verificado um dos mais demorados tempos de reacção nos alcoolistas.

No momento mesmo em que elles parecem ter maior energia, no periodo inicial da embriaguez, já se nota que a vontade não é tão forte, tão systematisada, tão bem organisada como no individuo normal. E prova ainda de que são hypobulicos, ha na circumstancia de que, convictos muitas vezes de que o toxico lhes é nocivo, sentindo nas visceras os effeitos deletericos delle, não se podem libertar do vexame que elle lhes traz. E note-se que prescindo do typo do dypsomaniaco que para muitos é um epileptico impulsivo.

Por isso é que acho que as estatisticas dos hospicios hão de regorgitar de alcoolistas, emquanto para estes se não crear uma colonia adequada.

Aquelles que sahem dos asylos, vão sem delirio, mas igualmente sem energia para que se acobertem do vicio.

O meio vai a cada passo propinar-lhes recursos, com que se embebedem. E muitas vezes levam elles annos nesse circulo forçado: da rua para o asylo, do asylo para a rua. A educação da vontade será tudo nelles, mas para isso é preciso que se esteja actuando, orientando-a e fortificando-a, minuto a minuto.

Isto é commummente muito difficil. Os bons conselhos não são ouvidos e a persuação que se lhes faz, consegue apenas por pouco tempo revigorar-lhes a vontade. Afastando o conselheiro, decorrido algum tempo, sossobra o alcoolatra deante do alcool que a preços modicos nas tavernas se lhe faculta.

No asylo para alcoolistas se educará a vontade, mas ao mesmo tempo o meio dará grande ajuda. No fim de uns dous annos o habito, pelo menos, se terá perdido e mais facil será haver força para supplantar o vicio.

O mesmo occorre nos *morphinomaniacos*.

A hypobulia lhes não permitte refugar energicamente o toxico.

A condição que se lhes incute dos maleficios deste, é pouco.

E' preciso que elles estejam sequestrados durante muito tempo numa Casa de Saúde, em que o não possam ter, em que se restaure o organismo de seus prejuizos e se eduque a vontade.

Em geral, em todos os toxicomaniacos é preciso que se juncte o isolamento á educação da vontade e suppressão do toxico.

Nos casos de *psychose mixedematosa* é claro que deve haver hypobulia.

Na *eschizophrenia* ha sempre escassez de vontade. Esta póde desapparecer de todo, póde mostrar-se diminuida ou alterada.

Isto é um effeito da affecção que, em ultima analyse, nada mais é que uma intoxicação profunda do organismo, dependente de insufficiencia das glandulas de secreção interna.

Na *demencia paralytica* ha hypobulia.

No principio ha ás vezes uma certa exaltação, em que se nota hyperbulia, mas isto é passageiro e logo baquêa a vontade.

Nas *psychoses por lesões organicas cerebraes* ha, por via de regra, diminuição da força de vontade.

Si forem ellas muito limitadas, circumscriptas, em fóco, póde succeder que não haja perturbação volitiva.

Na *demencia senil* é a hypobulia um attestado da decadencia em que vai o organismo psychico. O velho demente não tem força para querer, porque, para que a tivesse, seria preciso que tivesse a mentalidade forte.

Nos casos de *paranoia* a vontade se apresenta normal ou ha hyperbulia.

Na reacção constante em que vive com o meio, o paranoico emprega o maximo de seu querer, para que possa vencer e attrahir para sua pessoa a veneração dos outros.

O *epileptico* é um enfraquecido da vontade. Exgottado a cada passo n'um paroxysmo comicial, é obvio que o seu cerebro lhe não permittirá energia volitiva.

O *hysterico* é um doente em que a hypobulia é tudo. Os males de que soffre, vai removel-os a persuação e, em ultima analyse, esta vai estimular ou educar sua vontade.

Convencido de que o medico que suppõe optimo, vai cural-o, sente-se bem, ao tomar anodynas pilulas de *mica panis*.

Basta que consiga convencer-se de que vai ficar curado, para que os imcommodos desappareçam como por encanto.

Acredito, com Babinski, que, embora proveitoso, se não torne indispensavel o hypnotismo. Este remove o mal momentaneo, estimula um pouco a vontade, mas deixa o hysterico entregue a si proprio. A persuasão constante, porém, imposta pelo meio que rodêa o doente, incute-lhe vigor, desvia-o de sua auto-suggestão e faz com que elle se capacite de que se não deve entregar a preoccupações extravagantes.

Um facto curial prova bem a influencia do meio. Outr'ora eram frequentissimos os ataques hystericos e raro era o medico que a miude não os tinha de debellar.

Hoje são elles raros.

Qual ó motivo? Unicamente a circumstancia de que hoje já se lhe não concede tanta importancia. A hysterica que vai estertorar num ataque em que se não con-

tunde e grita muito, resolve dominar a sua crise, emprega todo seu querer em se não cansar numa scena que já não desperta interesse. Outras manifestações merecem muito mais cuidado e a ellas se entregam.

Não quer isto dizer que numa nevralgia hysterica não haja, por exemplo, dôr. Ella a sente realmente, mas o que a mantém, é a convicção de que os remedios sejam impotentes para a debellar, e da parte da doente não ha o menor esforço para se dominar.

Nos *psychasthenicos* ha sempre hypobulia. A' mercê de suas obsessões e phobias, vão esses doentes a cada passo, abdicando de sua vontade que não póde impedir que ellas os dominem.

Em geral, ha sempre hypobulia nos *estados psychopathicos* dos *degenerados*.

Nos *imbecis* ha hypobulia, nos *idiotas* ha abulia. Gráos descendentes de degradação psychica, é natural que a vontade diminúa á proporção que o cerebro comporta raciocinio mais escasso e que as impressões exteriores sejam mais difficilmente comprehendidas.

Synthetisando tudo quanto se acha exarado, vê-se que em quasi todas as fórmas psychiatricas ha reducção no poder volitivo. O cerebro funcciona mal e por isso este elemento do acto physico ha de sempre se resentir. E a therapeutica do futuro nos alienados consistirá principalmente na psychotherapia. E' preciso educar-lhes a vontade, arrancando dia a dia pela persuasão as idéas morbidas, até que repousados pela clinotherapia, consigam elles por auto-suggestão entrar no dominio da realidade. A orientação da vontade no alienado é um elemento poderosissimo para a cura. E esta se completará, expurgando o organismo dos elementos toxico-infecciosos que o dominem, e sequestrando o doente do meio que o prejudique.

SEMIOLOGIA DA PERCEPÇÃO. ESTUDO CLINICO DAS ALLUCINAÇÕES E ILLUSÕES. IDÉAS DELIRANTES

Explicando o mechanismo dos actos psychicos, já tive ensejo de descrever o que se chama percepção. Quando ha uma impressão do mundo exterior que excita os nossos sentidos, acarreta uma sensação que faz com que o cerebro note que ha alguma cousa que está agindo sobre elle e que elle percebe. O individuo são de espirito percebe aquillo que realmente existe. O alienado, não. Considera cousas inexistentes como cousas reaes. Recebe, porém, a impressão no seu cerebro pelo mesmo mechanismo psychologico que o individuo são. Por este motivo bem se comprehende que não adianta dizer a um alienado que não é verdade que elle esteja vendo, ouvindo, etc., as cousas que elle refere. Elle as sente tão bem como nós sentimos as realidades. Teimar em as contestar nelle, só poderá fazer com que se irrite e nada mais conte.

Visto serem as impressões do mundo exterior percebidas como sensações, dá-se tambem a designação de *senso-percepções*. A percepção está sempre dependente da integração dos abalos de diversos neuroneos ligados atravez de fibras de associação. Lapique acredita que o influxo nervoso consiste em ser levada uma determinada carga de electricidade negativa por um caminho em funcção do tempo, condicionado pelas propriedades intrinsecas da força nervosa. A duração do percurso é variavel para cada fibra nervosa, duração que se conta em decimos e centesimos de segundos, e que se chama *chronaxia*.

O influxo nervoso póde passar mais ou menos depressa e o individuo percebe mais ou menos facilmente.

Ha na percepção duas correntes: uma centripeta que vai do objecto para o individuo e que é o *conhecimento*

e outra, centrifuga, que vai do individuo para o objecto e que é o *reconhecimento*.

Diz-se que a percepção é *assimilada* quando ha tanto de conhecimento como de reconhecimento.

A percepção póde mostrar-se perturbada, tanto por uma lesão dos orgãos de recepção, como por um vicio do funccionamento psychico. Ha *hyperpercepção*, isto é, percepção augmentada, mais rapida, mais prompta, nos casos de estados maniacos e de alcoolismo no inicio.

Ha *hypopercepção*, isto é, percepção diminuida, mais vagarosa, menos clara, nos casos de *confusão mental*, em *estados melancolicos*, não ansiosos.

Quando ha *hypercepção*, o doente, ás vezes, se queixa de tal excesso de sensibilidade que vibra a cada instante de accordo com as excitações do meio e o raciocinio se perturba muito por este motivo. Nos casos normaes não se percebem numa unica percepção mais de quatro elementos ou unidades de percepção (objectos); no entanto, pela força do habito ou pelo exercicio, um regente de orchestra apanha pelo ouvido os defeitos de varios musicos, ao mesmo tempo, e um bom chauffeur, apitos de rua, barulhos de outros carros, falhas do motor, etc.

Quando um doente mental chega a ter a hypercepção, sente tal incommodo que elle proprio procura isolar-se num lugar silencioso, põe oculos escuros, colloca algodão nos ouvidos, etc.

Quando ha hypopercepção, ha em geral diminuição dos reflexos tendinosos e demora do rythmo psychico, contrariamente ao que se observa na hyperpercepção.

Quando uma pessoa nota que não póde perceber bem, ha uma sensação de desagrado ou de extranheza, a que se liga um estado de tristeza.

Chama-se *agnosia* a falta de percepções em uma zona sensorial limitada.

Jaspers frisa, porém, que a agnosia (falta de conhecimento) significa mais a perda de comprehensão da imagem sensorial do que a falta della.

Quando ha disturbios qualitativos da percepção, póde haver *micropsia* quando se vêm os objectos menores do que na realidade o são, *macropsia*, quando maiores ou mesmo gigantescos, *dismegalopsia* quando maiores em certos pontos e menores em outros.

Póde haver como na eschizophrenia, a extranheza do mundo percebido, parecendo então ao doente que tudo está mudado, transformado, revestido mesmo de um feitio phantastico. Como disturbio da percepção ha tambem a *sensação do nunca visto,* em que parece que nunca se houvéra visto uma cousa já bem vista, e a *sensação do já visto,* em que aquillo que se apresenta pela primeira vez, se affigura como já visto.

Chama-se *allucinação* uma percepção sem objecto e *illusão* uma percepção, em que o objecto se mostra differente do que realmente é.

Laségue caracterisava com muito espirito a differença, dizendo que a illusão estava para a allucinação como a maledicencia para a calumnia. A illusão se apoia na realidade, porém a transforma. A allucinação inventa por completo, não diz uma unica palavra que seja verdadeira.

Uma mulher que seja encontrada sósinha, á noite, numa rua suspeita, póde dar a illusão de que esteja se portando mal, em busca de casas de rendez-vous. Aquelle que invente ter visto uma dada mulher em taes condições, dá o effeito de uma allucinação. Nesta nada existe e tudo é criado pela imaginação. Na illusão vê-se, por exemplo, uma cortina e parece que é um homem.

Descrevendo os actos psychicos, tive ensejo de definir a *allucinação* como a projecção externa de uma imagem interna, em que parece que vem de fóra uma imagem que só existe no proprio cerebro do individuo.

Mostrei então que quatro theorias principaes e fundamentaes buscavam explicar a genesis das allucinações: a psychica ou de Lelut, em que diz que uma idéa muito viva provoca tal abalo no cerebro que parece vir de fóra o que sómente nelle existe; a peripherica ou de Foville e Luys, em que tudo é explicado como effeito da excitação dos orgãos dos sentidos, nervos ou ganglios cerebraes, a psycho-sensorial ou de Baillarger, em que se dá um grande valor ao exercicio involuntario da memoria e imaginação, á suppressão das impressões do mundo exterior e augmento da excitação do sensorium e a physiologica ou de Tamburini, em que se interpreta como o effeito da excitação intensa dos centros sensoriaes corticaes.

Levy-Valensi, em seu excellente livro de Psychiatria, propõe definir a allucinação como uma percepção sem

objecto por desaggregação psychica completa, acompanhada de uma idéa delirante.

Na *allucinose* de Dupré e Gelma ha allucinação sem delirio.

Levy Valensi diz que a definição de Ball de ser a allucinação uma percepção sem objecto, é incompleta Lembra que aquelle que soffre do ouvido e escuta o barulho de sinos, e aquelle que soffre da vista e enxerga listas de fogo, não são allucinados.

Em numero especial do Encéphale, de Maio de 1932, o sabio Prof. Henri Claude e o Dr. Henri Ey escreveram um optimo trabalho sobre a posição actual do problema da allucinação.

Lembram a classica definição de Esquirol que disse: um homem que tem a *condição intima* de uma sensação actualmente percebida, no momento em que nenhum objecto exterior proprio a excitar esta sensação está ao alcance de seus sentidos, está em um estado de allucinação. E' um visionario. Assignala elle sempre que na allucinação tudo se passava dentro do cerebro.

Baillarger frisou que o caracter essencial das allucinações é se apresentar ella como um facto extranho á personalidade.

Dividio elle as allucinações em *psycho-sensoriaes* e *psychicas*. No primeiro caso ha um caracter de objectividade no espaço, no segundo, tal não ha e se apresenta um phenomeno incoercivel, imposto.

Em 1856 Parchappe attribuia um papel importante na genesis das allucinações ás modificações da cortiça cerebral.

Em 1866, Kahlbaum admittia uma concentração pathologica do influxo nervoso em certos territorios perceptivos corticaes. Em 1874 Ritti admittia uma actividade espontanea do thalamo.

Tamburini demonstrava em 1881 que do mesmo modo que um centro motor produz quando excitado, crises convulsivas epilepticas, do mesmo modo a excitação de centros sensoriaes provoca sensações pathologicas. Considerava como a epilepsia dos centros sensoriaes, de Soury.

De Clerambault, em 1920, diz que "as allucinações, as idéas delirantes, o processo mesmo do pensamento dos allucinados exprimem de um modo adequado as perturbações neurologicas primordiaes".

O cerebro estaria doente. Formar-se-hia na personalidade sã uma personalidade morbida que "se enriquece sem cessar pela derivação que tende a descer os gráos da hierarchia funccional dos centros".

Muitos auctores só consideram *allucinações* phenomenos psycho-sensoriaes, de objectividade especial, e *pseudo-allucinações* os casos, em que não ha objectividade no espaço.

O Prof. Claude, em 1930, insiste no caracter global da perturbação, de que a allucinação é consequencia, e na importancia possivel dos estados oniroides na genesis de psychoses allucinatorias.

O notavel Prof. Pierre Janet, em 1932, considera a allucinação como a expressão de uma impotencia psychica geral.

O Prof. Claude frisa pontos importantes: não haver allucinação, sinão quando o individuo acredita na realidade do objecto, haver allucinação quando uma pessoa esperimenta um phenomeno que a obriga a collocar fóra de si, a objectival-o (xenopathia) e que as theorias da origem organica da allucinação não poderiam ser monopolisadas pela theoria do automatismo mental que interpreta a allucinação como o effeito de uma perturbação cerebral que apparece no meio de uma actividade mental, em outros pontos perfeitamente integra.

Friza elle que a verdadeira allucinação é um phenomeno que possúe um caracter unica e verdadeiramente sensorial.

Levy-Valensi accentúa como caracter essencial da allucinação não haver consciencia do caracter morbido do que se percebe.

Excitando-se electricamente o lóbo occipital, surgem imagens visuaes que não existem, mas o facto da pessoa saber que isto não é real, tira o feitio de allucinação.

Está hoje verificado que a excitação electrica do lóbo temporo-esphenoidal acarretará imagens auditivas. São respectivamente centros para movimentos, para disturbios da cenesthesia, para disturbios do olfacto, do gosto, da sensibilidade tactil e thermica, etc., a circumvolução frontal ascendente, a parietal ascendente, partes anteriores das circumvoluções do corpo calloso e do hippocampo, pequena zona do lado desta, parietal ascendente, etc.

A imperfeição dos nossos sentidos não permitte que localisemos bem exactamente os pontos, em que ha uma

lesão, ou um disturbio funccional. Assim uma pessoa que tenha uma congestão no lóbo temporo-esphenoidal, não poderá dizer que sente uma alteração no seu lóbo temporo-esphenoidal. A excitação deste trará, porém, o apparecimento de allucinações auditivas que o doente acolherá como cousas correspondentes á mais rigorosa realidade.

A excitação do lóbo occipital faz ter allucinações visuaes, a da parietal ascendente, allucinações da sensibilidade tactil, da thermica da cenesthesia, e assim por diante. O pranteado Prof. Jakob, no seu optimo curso de aperfeiçoamento que aqui realisou, mostrou em córtes de cerebro de alienados allucinados a existencia de lesões nos pontos correspondentes aos centros de sensação.

Não é unicamente a excitação de centros corticaes cerebraes que poderá acarretar o apparecimento de allucinações.

O talentoso Professor Dr. Adauto Botelho em seu excellente trabalho sobre perturbações psychicas e centros cerebraes, descreve o typo da allucinóse peduncular, de Lhermitte e Von Bogaert, em que, posteriormente a uma lesão na região ventral do 3.º ventriculo e na calotte do pedunculo, o doente enxergava animaes phantasticos e visões silenciosas que se transformavam a cada passo, mas podiam ser tocadas, imaginariamente, por elle.

Quando ha um processo toxi-infeccioso e se manifesta obnubilação da consciencia, ha o *delirio onirico*, em que ha um verdadeiro sonho acordado e o individuo vê uma série de cousas, sem uma certa clareza sensorial, enchendo-o de pavor e insegurança.

De Clerambault considerava o *automatismo mental* como um phenomeno de ordem neurologica que dependia de disturbios toxi-infecciosos subtis que haviam lesado alguns centros e deixado sequellas. Nelle havoia allucinações como uma consequencia.

Levy-Valensi, em seu muito bem elaborado livro de Psychiatria, friza que ha "automatismo mental quando um ou mais elementos da funcção psychica se manifestam sem a vontade ou apezar desta".

A *auto-conducção* de Toulouse e Mignard é a vontade consciente que acceita ou repelle sentimentos que vêm do sub-consciente, e que se traduzem por idéas, imagens, velleidades de actos.

Ha *subducção mental morbida* quando centros normalmente subordinados ao psychismo, delle se libertam e acarretam transtornos do pensamento.

Um disturbio em orgãos sensoriaes, na sensibilidade geral, na cenesthesia, no sentido cinético, etc., póde acarretar allucinações. Estas se dividem em *elementares* e *complexas*. No primeiro caso se percebem clarões, zoadas, etc; no segundo, palavras, pessoas, etc.

Podem tambem dividir-se em *auditivas, visuaes, haficas, gustativas, olfactivas, da cenesthesia, do sentido muscular, cinéticas* e da *sensibilidade geral.*

Entre as *allucinações auditivas* ha os *acoasmas,* audição de ruidos indeterminados como zoadas, assobios, etc., e os *phenomenos,* em que se percebem palavras ou phrases. Ha *allucinações bilateraes antagonistas* quando por um ouvido o individuo escuta elogios e pelo outro, descomposturas. Ha o *echo do pensamento* quando o doente escuta repetir-se em voz alta tudo aquillo, em que pensa.

As allucinações auditivas entretêm mais frequentemente idéas de perseguição.

As *allucinações visuaes* podem ser *elementares* ou *photopsias* quando se vêm luzes ou côres, *differenciadas* quando, pessoas ou cousas, *visuaes verbaes* quando palavras escriptas, e *oniricas* quando tudo como num sonho.

Bleuler chama *extra-campinas* quando o que se vê, não fica nos limites do campo visual, como, por exemplo, as allucinações autoscopicas internas, em que a pessôa vê por dentro o seu proprio corpo.

Allucinações liliputianas, segundo Leroy são as em que se enxergam sêres microscopicos. *Allucinações zoopsicas* são as em que se enxergam animaes, como nos casos de psychose alcoolica.

Nas *allucinações terroristas* como tambem nestes casos e na epilepsia, ha a visão de cousas que mettam medo.

Nas psychoses post-encephaliticas ha allucinações *cinematographicas,* em que se vê passarem sombras cinzentas.

Allucinações *mixtas* ou *combinadas* são aquellas, em que se vê e escuta ao mesmo tempo, como, por exemplo, enxergar leões e ouvir-lhe os roncos.

Nas allucinações *reflexas* ou de Kahlbaum apparece uma allucinação visual pela excitação do tympano com um diapasão.

As allucinações *haficas* ou *tacteis* pódem ser activas ou passivas. No primeiro caso a pessoa pensa estar tocando em alguma cousa que não existe, no segundo, ha a sensação de que alguma cousa lhe toca na pelle. Na psychose cocaïnica a pessoa vê e sente passarem pela pelle pequenos insectos.

Nas *allucinações gustativas* e *olfactivas* o doente sente o gosto ou o cheiro de cousas que não existem.

Nas *allucinações* da *cenesthesia* ha disturbios da sensibilidade interna que é a que nos informa sobre o estado de nossos orgãos e funcções. Póde haver então a sensação de mudança do lugar dos orgãos, de influencia extranha, de espiritos intromettidos no corpo, etc. Muitas vezes idéas de perseguição coexistem com ellas e o delirio espirita episodico é determinado por ellas e pelas do ouvido.

Ha allucinações genitaes quando as perturbações da cenesthesia se traduzem pela sensação de praticas sexuaes.

Cramer assignalou as *allucinações do sentido muscular,* em que o individuo sente como si estivesse voando, como si o chão estivesse afundando ou se elevando.

Nos casos de *levitação* o individuo sente como si estivesse suspenso no ar, como na hysteria e eschizophrenia.

Allucinações cinéticas ha quando se percebem movimentos parciaes ou totaes do corpo. Ha a *allucinação verbal oral* quando se percebem na bocca os movimentos necessarios á articulação das palavras, e *allucinação verbal graphica,* quando parece que a mão se mexe a escrever.

Jaspers define as *allucinações do sentido geral* como as em que se têm falsas sensações thermicas, como as de um calor insupportavel, de queimaduras, etc., ou de soprar no momento um vento gelado, ou de humidade ou de agua correndo sobre o corpo.

Alguns auctores dizem que ha *pseudo-allucinações* quando em vez de haver transtornos da percepção, ha de representação.

São as *allucinações psychicas* de *Baillarger* ou *allucinações aperceptivas* de Kahlbaum.

São representações imaginarias que attingem tal vivacidade que dão a impressão de uma cousa real.

Ha imagens interiores quando ha pseudo-allucinações da vista, e vozes interiores, quando do ouvido.

As pseudo-allucinações têm como predicado não ficarem na orbita da visão, terem o feitio de subjectividade, serem apresentadas á consciencia com toda a intensidade das côres e detalhes, surgirem subitamente e poderem durar muito, não dependerem da vontade, nem serem accessiveis á suggestibilidade, não dependerem da actividade do doente.

O conteúdo das idéas allucinatorias está de accordo com os conhecimentos que o individuo tenha. O individuo que nunca tenha visto um aeroplano, não poderá num estado allucinatorio chegar a vêl-o.

Ha em certos doentes como nos de psychose alcoolica, uma suggestibilidade allucinatoria, em que pela manobra de Lieppmann, comprimindo os globos oculares, se faz apparecerem allucinações suggeridas. A mesma cousa se póde fazer, mostrando-se um papel em branco, em que o doente chega a ver cousas escriptas, ou dando-se um phone e fazendo com que elle escute cousas suggeridas.

Muitas vezes é a attitude do doente que faz com que percebamos que elle está allucinado. No entanto, convem ter sempre presente que o allucinado sente as cousas como nós sentimos a realidade, e que será contraproducente insistir em querer convencel-o de que os factos não existem.

Ha casos, em que os doentes se apresentam com os ouvidos tapados por algodão, o nariz com objectos a obstruirem-no, os olhos com oculos escuros, etc., tudo isto figurando como um resguardo contra o elemento allucinatorio.

Illusão é a percepção com objecto deformado. Vê-se uma cousa e acredita-se que seja outra. Enxerga-se durante a noite, por exemplo, uma arvore e pensa-se que seja um homem.

Póde succeder a qualquer um, vêr um animal numa arvore, no momento em que esteja a caçar, por exemplo, e elle lá não estivér mas basta que insista na visão e notará que não é verdade. No entanto, no doente, mesmo insistindo no exame, o animal continuará figurando em vez do galho de arvore.

Ha *illusões visuaes, auditivas, gustativas, olfactivas, sensitivas, motoras* e *cenesthesicas*.

As *illusões cenesthesicas* quando muito intensas, podem fazer com que a pessoa se sinta differente do que era e possa haver uma transformação de personalidade.

E' uma illusão a *sensação do falso reconhecimento*, em que parece que a pessoa já vio, ouvio ou sentio aquillo que pela primeira vez se lhe apresenta. Póde succeder nestes casos que se possa imaginar estar noutro meio, taes as mudanças das cousas que se deparam. Capgras e Reboul-Lachau descreveram a *illusão dos sosias*, em que a pessoa diz que aquella que se lhe apresenta, não é a propria e sim outra que se reveste dos mesmos caracteres.

Capgras assignalou o delirio do *desconhecimento systematico*, em que todas as pessoas se apresentam transformadas, mudadas.

Illusões são muito frequentes nos estados de confusão mental, na psychose alcoolica, nos syndromos maniaco-depressivos, no delirio espirita episodico, na hysteria, etc.

Idéas delirantes — O *delirio* é um desvio da razão. As imagens que correspondem á sensação de cousas reaes, se associam, dando as idéas que por sua vez formam o pensamento e o raciocinio e constitúem um ente de razão.

No delirio ha sempre uma *idéa falsa* que depende de se haver interpretado erradamente uma cousa real, ou ter havido pseudo-percepções e allucinações ou illusões terem constituido imagens falsas.

Frisa-se sempre que si o delirio é uma idéa falsa, nem toda idéa falsa é delirante. Aquelle que escuta dizerem uma mentira e nella acredita, tem uma idéa falsa. Rectificada esta, o individuo que fica senhor da verdade, não terá um delirio. Si houver, porém, a convicção de que a idéa falsa persista como um facto real, haverá então o delirio. Ha uma comparação classica, a de se ouvir dizer que a ponte da Concordia em Paris, foi derrubada, facto que seria possivel, mas que se não verificou. Vai-se até lá, vê-se que não é verdade e risca-se a idéa errada. Si se continuar a acreditar ser verdade, mesmo que se veja que não o é, ha então um delirio.

No delirio ha muitas vezes uma idéa predominante que se apresenta como uma *idéa fixa*, mas nem toda idéa fixa é delirante. Uma pessoa que tenha perdido um filho e só viva a pensar nelle, tem uma idéa fixa, mas não é delirante. Si a idéa fixa transtorna o raciocinio, ha então delirio.

Caracter essencial deste é não póder ser modificado por meio de raciocinios e explicações.

Moglié define o delirio; uma idéa ou complexo de idéas ligadas intimamente ao eu consciente do individuo que por uma anomalia da affectividade adquire um predominio absoluto sobre qualquer outra representação, com o caracter de fixidez no tempo e incorrigibilidade, não sendo influenciavel pelas novas representações, nem tão pouco accessivel á critica, embora a impugnação se baseie nos argumentos mais convincentes.

Jaspers dá como caracteres essenciaes: notavel certeza subjectiva, não se modificar pela experiencia e refutações logicas e ser inverosimil o conteúdo.

Via de regra, as idéas delirantes têm uma origem affectiva.

Dous grandes grupos pódem ser admittidos: *delirios allucinatorios* e *delirios não allucinatorios.* No primeiro caso são as allucinações que fundamentam o delirio, no segundo, ha interpretações erradas de factos reaes.

Morselli divide os delirios em, por *inferencia* ou pelo raciocinio, de *percepção immediata* ou por allucinações e illusões, de *symbolismo verbal* ou por associação de palavras.

Seglas admitte dez fórmas de delirio: de *auto-accusação,* de *perseguição,* de *defesa,* de *grandeza,* de *hypocondria,* de *negação,* de *enormidade,* de *mysticismo, erotico* e *palingnostico, metabolico* ou de *transformação corporea.*

O delirio póde ser *simples* ou *complexo*: no primeiro caso ha só perseguição, por exemplo, no segundo, ha idéas de perseguição, de grandeza, etc.

Póde ser *systematisado* e *não systematisado*: no primeiro caso as idéas delirantes se encadeiam, no segundo, não.

Póde tambem ser *agudo* ou *chronico*: transitorio no primeiro typo, duradouro, no segundo.

Lévy - Valensi propõe uma divisão das idéas delirantes: baseadas nos *instinctos de conservação* e *de reproducção, nascidas* da *educação moral,* da *religiosa* ou da *vida na sociedade.*

Vallejo - Nágera propõe uma divisão em idéas delirantes de matiz *depressivo,* de *matiz expansivo* e de *transformação.*

O Prof. Emilio Mira, em seu optimo livro, admitte delirios de *prejuizo,* de *perseguição,* de *influencia, hypocondriaco, nihilista* ou de *negação, melancolico,* de *auto*

accusação, de *transformação cosmica, mystico* ou de *posse, de grandeza, reformador idealista*, de *invenção, querellante, litigante* ou *reivindicador* e de *ciume*.

No *delirio de prejuizo* o individuo se mostra pessimista, acreditando que todos lhe tenham má vontade e interpretando tudo que se passe em relação á actuação do meio sobre elle, como uma prova de hostilidade. Kretschmer isolou uma modalidade, a que deu o nome de *delirio sensitivo de auto-referencia*.

Considero *delirio paranoide* o delirio systematisado, em que não ha allucinações.

Assim sendo, o delirio de prejuizo é um delirio paranoide.

No *delirio persecutorio* o doente é dominado por idéas de que lhe queiriam fazer mal. Póde surgir pela interpretação errada de cousas reaes, delirio paranoide de interpretação, ou pela acção de allucinações, delirio allucinatorio que póde ser systematisado ou não.

Em muitos casos se associam ás idéas de perseguição outras idéas delirantes, como de grandeza, religiosas, eroticas, etc.

Occorre, ás vezes, que depois de certo tempo de perseguição passiva, o alienado se torna perseguidor e, consequentemente, muito perigoso.

No *delirio de influencia* ha a sensação de que alguma cousa extranha actúa sobre o doente, modificando-lhe por completo a personalidade ou, pelo menos, dando-lhe sensações extranhas, perturbando o pensamento, inhibindo a vontade. No *delirio espirita episodico* as idéas de influencia desempenham um papel muito importante.

Delirio hypocondriaco é aquelle, em que ha a preoccupação constante, e sem razão de ser muitas vezes, com a saúde physica e o estado dos diversos orgãos.

O feitio é melancolico e frequentemente coexistem disturbios multiplos da cenesthesia. Póde haver idéas extravagantes como a de que um bicho esteja a roer o corpo por dentro, ou de que já não existam estomago, intestino, coração, etc. Neste ultimo caso coexiste o que se chama *delirio* de *negação* que faz parte do syndromo de Cotard, constituido de idéas de negação, idéas de enormidade, de immortalidade, a que se junctam idéas de condemnação ou de posse, ansiedade melancolica, tendencia ao suicidio, analgesia.

No *delirio melancolico* entendo como predicado essencial a existencia de idéas de auto-accusação. O individuo mostra-se triste e julga-se o culpado de tudo. O estado de tristeza num delirio não é privativo deste, pois existe tambem no delirio de prejuizo, no hypocondriaco, no de negação, etc., mas no caso vertente o doente se sente entristecido, e se julga em grande parte o culpado e responsavel pela propria desgraça.

O Prof. Mira considera o delirio melancolico como occupando um lugar intermediario entre o delirio persecutorio, em que os culpados são os outros, e o *delirio de auto-accusação* que elle individualisa, em que o culpado é o proprio doente. Entendo que o delirio de auto-accusação deve fundir-se com o delirio melancolico e que nos casos de psychose maniaco-depressiva, fórma melancolica, em que elle é mais caracteristico, sempre coexistem idéas de auto-accusação.

No *delirio de transformação cosmica* ha a idéa de que tudo quanto rodeia o doente, se tenha transformado, de que o mundo esteja mudado, e ha o espanto, ou a ansiedade, por esta sensação extranha.

Ha muitas vezes no inicio da eschizophrenia este delirio, a que se sommam idéas de transformação do proprio eu, de perseguição, hypocondriacas, etc.

No *delirio mystico* ou de *posse* ha idéas de natureza religiosa, a que se junctam idéas eroticas. O doente julga-se então possuido pelo espirito divino e acredita ter o poder de falar com Deus e com os santos. Outras vezes como em certos casos de hysteria e crepusculares epilepticos, ha idéa de que o demonio tenha entrado no corpo e mesmo tenha exercido praticas sexuaes. O delirio de reincarnação espirita que faz parte daquillo que eu chamo delirio espirita episodico, tambem apresenta idéas de mysticismo ligadas ao espiritismo e idéas de posse.

No *delirio de grandeza* que é centrifugo e no qual a atitude é extravertida, ha a convicção de um grande poderio, de haver fortuna enorme, de notavel e falso augmento de todos os valores subjectivos. Nelle as qualidades que o doente realmente tenha, se mostram exaltadas.

Na paralysia geral, fórma megalomaniaca, o individuo julga-se o proprio Deus, dono de enorme fortuna que cresce com a suggestão do meio ambiente, mostrando-se generoso com quantos o rodeiem.

Nestes casos muitas vezes desapparece a auto-critica e os maiores absurdos são apregoados como cousas reaes.

Nos oligophrenicos ha, ás vezes, um delirio de imaginação com idéas de grandezas, em que elles phantasiam ter muito dinheiro, havendo então idéas suggeridas pela caçoada dos que os cercam.

O delirio de grandeza revela um comprommettimento da intelligencia muito mais grave do que no delirio de perseguição.

Este pode ser fugaz, transitorio como no delirio espirita episodico; aquelle é muito mais tenaz, duradouro.

No *delirio reformador idealista* ha idéas mysticas e de grandeza. E' um delirio de imaginação, systematisado, de feitio paranoide, isto é, sem allucinações.

O doente se julga destinado a uma grande acção social e o pregador predestinado de uma nova doutrina.

Chama muitas vezes a attenção a falta de logica das idéas e não haver um processo pratico e razoavel de objectivação das idéas apregoadas.

No *delirio de invenção* o individuo têm a idéa de que descobrio uma grande cousa. Particularmente, a descoberta do motu-continuo tem sido apresentada por muitos doentes, um dos quaes, no nosso Hospital de Psychopathas, homem intelligente e de grande preparo, declarava que o insuccesso da experiencia demonstrativa derivou de uma perversidade de um filho que nesse dia tirára uma peça do apparelho, que não pudéra ser descoberta.

Occorre elle em paranoicos e muitas vezes se somma a um delirio de perseguição, pelo facto de acreditar que a não acceitação da verdade do invento é effeito de inveja e perseguição.

Outro delirio é o *querellante* ou de *reivindicação*, em que o doente leva a pleitear a defesa de um direito que elle julga postergado, prejudicado. E' um feitio paranoide, sendo o delirante reivindicador muito perigoso, por isso que vai até o assassinato da pessoa que elle interpreta como a causadora da seu damno.

O *delirio de ciume* que faz parte muitas vezes da psychose alcoolica, é constituido por idéas de infidelidade conjugal ou de que a pessoa amada esteja gostando de outrem. Em muitos casos não ha allucinações e sim interpretações delirantes de feitio paranoide.

Convem lembrar que *delirio* não é a mesma cousa que *loucura*. Nesta ha uma modificação profunda da personalidade; interessa á cenesthesia, é mais grave e duradoura. No delirio ha apenas um desvio do raciocinio que póde ser transitorio e nunca compromette fundamentalmente a personalidade do individuo.

Póde haver, porém, na loucura o apparecemento de idéas delirantes.

Si o delirio fôr isento de allucinações, dever-se-ha pensar em *paranoia* ou *syndromos paranoides*, em que pódem occorrer delirio de interpretação, de reivindicação ou de imaginação.

Si houvér um delirio allucinatorio transitorio, commummente com idéas espiritas, dever-se-ha cogitar de *delirio* espirita *episodico*.

O delirio allucinatorio de caracter terrorista, com a visão de bichos, é proprio do *alcoolismo*.

No *delirio systematisado allucinatorio chronico* ha idéas de perseguição e um delirio bem encadeiado, cheio de allucinações. Nos *paraphrenias* ha um delirio allucinatorio, com idéas de perseguição, de grandeza, eroticas ou religiosas, e abaixamento do nivel intellectual.

Na *eschizophrenia* ha muitas allucinações, dissociação psychica, interceptação do pensamento. O delirio que interessa muitas vezes á cenesthesia, é frequentemente persecutorio, não systematisado.

Na *confusão mental* ha delirio onirico, delirio do sonho, em que parece que o individuo está sonhando acordado, havendo, demais, desorientação no tempo e no espaço, obnubiliação da consciencia, dysmnésia.

Na *cocainomania* ha um delirio especial, em que parece ao doente que uma infinidade de insectos pequeninos estão a perfurar-lhe a pelle, que por ella deslisam, que nella estão collocados numerosos crystaes de cocaina ou varios pontos negros, em que parece que um outro eu se apresente deante delle, que duas ou tres pessôas iguaes se lhe antolhem, que animaes de porte gigantesco ou liliputiano surjam diante delle. Sente, ás vezes, o cheiro de carne podre ou panno queimado.

Na *psychose maniaco-depressiva* as allucinações são raras, mas o delirio é cheio de illusões e falsas interpretações. Na fórma maniaca ha euphoria, associação rapida de idéas, movimentação exaggerada, sendo delirio predominante o de grandeza.

Na fórma melancolica ha tristeza, associação demorada de idéas, movimentação retardada, predominando idéas de auto-accusação, hypocondriacas, fundamentando um delirio melancolico.

Na *psychose* de *involução* ha ansiedade e delirios de ciumes, de perseguição, hypocondriaco, de negação.

Na *paralysia geral* ha, muitas vezes, delirio de grandeza, tolo, absurdo, incoherente, contradictorio.

Na *syphilis cerebral* ha, ás vezes, um delirio allucinatorio, incoordenado, acarretando confusão no raciocinio.

Pela existencia, ou não, de delirio, poder-se-ha cogitar nesta ou naquella doença mental, e conforme o feitio delle, ter-se-hão elementos de grande valia para a perfeita diagnóse de uma dada psychopathia.

ESTUDO DAS CONSTITUIÇÕES EM PSYCHIATRIA

O estudo das *constituições em psychiatria* adquirio uma enorme importancia desde que se provou que ella influe extraordinariamente na genesis de doenças mentaes. A escola constitucionalista que toma em consideração o factor psycho-somatico individual, para explicação da psychopathia, é hoje inteiramente dominante. Verificou-se haver uma relação especial entre a conformação ou architectura do corpo (constituição somatica) e as particularidades de reacção psychica (temperamento e caracter).

Nestes ultimos tempos Kretschmer, Viola, Pende, Noccarati occuparam-se detidamente dos assumptos de biotypologia classificando as diversas modalidades do biotypo humano e mostrando as relações com os diversos typos de reacção pessoal pathologica.

Voltava-se a tratar da questão dos temperamentos que Hippocrates havia dividido em sanguineo, bilioso, melancolico e phleugmatico, constituindo a theoria dos humores que perdurou acceita durante muitos seculos em seguida. Hippocrates já dizia uma grande verdade: cada individuo reage consoante o seu temperamento.

Tambem accentuava elle a dependencia que existe, entre a constituição do individuo e a maior ou menor facilidade para se curarem as doenças.

Muitos seculos depois, Martius mostrava a importancia do factor constitucional hereditario no prognostico das diversas doenças. Bauer separou as anomalias constitucionaes herdadas das determinadas pelo meio ambiente.

A escola constitucionalista busca explicar a distincta aptidão de cada individuo para adquirir uma doença. Dous factores distinctos nisto influem: o factor constitucional (*genotypico* de Johansen, ou *idiotypico* de Sie-

mens) e o factor condicional (*paratypico* de Siemens, constellacional de Kahn).

Este ultimo engloba todos os factos etiologicos que actuam sobre qualquer ser durante sua adaptação ao meio. O resultado da acção dos dous factores é o *fenotypo* de Johansen que é a *constituição individual.*

Esta fundamenta o modo de reacção individual.

Pfaundler define: um estado ou propriedade do organismo ou de uma de suas partes que leva comsigo, ou tem como consequencia, ou se acha em relação com este supposto modo de reacção.

Kahn entende como constituição, todas as propriedades do individuo arraigadas genotypicamente ao fundo hereditario.

Hoffmann entende como constituição anormal aquella, em que o organismo, diante de influencias ou estimulos extraordinarios, reage de um modo desviado do termo medio da conducta humana ou inadequado para a existencia e conservação do organismo. De Giovanni que em 1891 escreveu um optimo trabalho a respeito da morphologia do corpo humano, estabeleceu que a configuração do organismo influe muito em uma especial morbidez, que uma mesma doença póde apresentar varias modalidades nosologicas.

Frisou que em cada individuo ha um conjuncto de partes de apparelhos especiaes que estão entre si em correlação morphologica e physiologica, que quando uma destas partes se modifica, as outras se resentem, que da alteração de uma se póde deprehender a de outras, que segundo o gráo de desenvolvimento das differentes partes do organismo, conhecida a relação em que se encontram, poder-se-ha concluir haver harmonia ou desharmonia morphologica, segundo a constituição individual.

De Giovanni chama *combinação morphologica* o conjuncto de attributos morphologicos de cada pessoa. Admitte tres variedades: uma em que a grande abertura (distancia tomada com os braços abertos, entre as extremidades das primeiras phalanges dos dedos medios) é muito maior do que a altura, havendo grande predisposição para manifestações lymphaticas, catharrho das vias respiratorias e digestivas, hemorrhoides; outra em que ha grande desenvolvimento do thorax e ha predisposição a doenças do apparelho circulatorio; outra, em que o thorax é estreito e o abdomen muito amplo.

Viola divide os individuos em *microsplanchnicos, normosplanchnicos e macro* ou *megalosplanchnicos.* No primeiro caso ha um tronco curto, predominando o diametro vertical sobre o horizontal, no segundo caso, ha proporcionalidade, no terceiro, o tronco se acha muito desenvolvido em relação aos membros. Em 1908 Viola frisava que os microsplanchnicos são de caracter asthenico, timidos, os macrosplanchnicos têm predominio das reacções vegetativas sobre as animaes e uma personalidade sensual·

Naccarati em 1931 creou o *indice morphologico* que é dado pelo quociente entre a extensão dos membros e o volume do tronco.

De um modo mais simples póde se procurar o quociente entre a altura e o peso.

Assignalou, outrosim, que existe uma correlação entre o valor intellectual e a relação entre a altura e o peso, sendo em geral, os microsplanchnicos muito mais intelligentes do que os macrosplanchnicos.

Em 1922 Nicola Pende, ampliando estudos já por elle feitos em 1916, estabeleceu uma obra formidavel, fundamental no assumpto, em que assignalou que as anomalias sociaes de conducta dependem muitas vezes de disturbios endocrinos e hormonicos, e creou uma escola typologica que muito interessa ao psychiatra e ao criminologista. Descriminou oito constituições: *hyperthyreoidéa, hypothyreoidéa. hyperpituitarica, hypopituitarica, hypersuprarenal, hyposuprarenal, hypoparathyreoidéa* e *hyperthimica.*

Na *hyperthyreoidéa* ha excitabilidade psychica, intranquillidade mental, desenvolvimento intellectual precoce, rapidez e variabilidade dos processos mentaes, num typo longineo, delgado, com tendencia á lordose, de pelle quente, com hyperperistaltismo, tendencia á hyperglycemia e a tachypragia.

Na *hypothyreoidêa* ha apathia, intelligencia diminuida, typo brevilineo, macroplanchnico, cara redonda, poucos pellos, pelle secca, prisão de ventre, hypoglycemia, microsphygmia.

No *hyperpituitario* ha intranquillidade psychica, hyperthymia, grande altura, queixo saliente, ossos desenvolvidos, augmento de pellos no tronco, hypertonia muscular.

No *hypopituitario* ha fatigabilidade intellectual facil, vagotonia, augmento de gordura nas cadeiras, no abdomen, nos seios, debilidade muscular, tendencia á polyuria.

No *hypersuprarenal* ha euphoria, aggressividade exaggerada; na mulher, reacções viriloides do caracter; feitio apoplectico, hypertensão, hypercholesterinemia.

No *hyposuprarenal* ha tendencia ao pessimismo, tristeza, hypersensibilidade á dôr, tendencia á quéda de visceras, hypoplasia ossea e muscular.

No *hypoparathyreoidêo* ha hypersensibilidade, inquietação, falhas de caracter, espasmophilia, hypertonia vegetativa, hypocalcemia, alcalóse, pallidez na face.

No *hyperthymico* ha escassa formação ethica, impulsividade para o crime ou para o suicidio, vagotonia, hypotensão, tendencia ao masochismo.

A typologia de Krèstchmer interessa muito ao psychiatra. Admitte cinco typos: o asthenico ou leptosomico, o athletico, asthenico-athletico, o dysplasico, o pycnico.

O typo *asthenico* ou *leptosomico* comprehende individuos magros, altos, de hombros estreitados, peito largo e chato, barriga sem gordura, cadeiras pouco salientes, membros superiores e inferiores finos, com a pelle pallida e secca, nariz comprido, dando ao rosto um feitio angular, chamado cara de passaro, com hypoplasia do maxillar inferior, pequeno contorno do craneo. Nelle, o peso é inferior á altura e o perimetro thoracico ao das ancas, embora estas tambem estreitadas.

Kretschmer chama a attenção para o facto do envelhecimento precoce, parecendo aos 40 annos, por exemplo, muito mais velhos do que na realidade o são.

Ha hypoplasia e hypofuncção genital.

Ha tendencia á quéda de visceras.

Muitas vezes se encontra abundancia de pellos, notando-se cabello grosso e farto a invadir a fronte, as temporas e a nuca; formando-se grossos supercilios.

Raramente se constata augmento de volume da thyreoide e o aspecto do rosto muitas vezes coincide com o do hypothyreoidêo, com a differença na questão da abundancia de pellos.

O *typo athletico* comprehende pessoas, em que o diametro transverso é predominante, de systemas osseo e muscular muito desenvolvidos, de hombros largos, de peito grande e abahulado, de cadeiras estreitas, de pescoço grosso. O tronco é mais largo em cima do que em baixo. O rosto é largo e o craneo é alto e estreito. A pelle é grossa, ás vezes com pellos abundantes.

O *typo asthenico-athletico* é constituido pela reunião de alguns predicados dos dous. Dá a impressão de um asthenico que melhorasse á força de exercicio.

O *typo dysplasico* que quer dizer mal conformado, caracteriza-se pela falta de harmonia intrinseca. Comprehende os *gigantes eunuchoides, os eunuchoides obessos pluriglandulares e os hypoplasticos* e *infantis*. Nelles ha sempre disturbios morphologicos, ligados a perturbações de glandulas de secreção interna.

Nos gigantes eunuchoides ha pernas e braços muito longos, ao passo que o tronco não o é tanto, notando-se defeitos nas caracteristicas sexuaes, parecendo que um homem tem bacia de mulher e havendo tambem hypoplasia testicular. Nas mulheres ha um feitio de masculinismo, com a bacia estreitada e falta de gordura nos lugares communs, além de seios muito pequenos, com pellos em redor do mamelão, braço forte, pernas pelludas, etc,

Nos eunuchoides e obesos pluriglandulares ha muita gordura, particularmente na bacia. Ha hypoplasia genital media.

O corpo é grosso, o pescoço curto, ha hypoplasia facial, os membros são muito longos, ha abundancia de cabellos.

Nos infantis e hypoplasicos ha uma diminuição regular de todos os diametros do corpo, parecendo que se trata de uma criança.

O *typo pycnico* abrange individuos que têm predominante o diametro antero posterior abdominal. Não têm grande altura, mas apresentam a cara, o peito e a barriga largos e gordos. A cabeça mostra-se enterrada entre os hombros; as mãos são curtas e grossas; o rosto é rosado; ha tendencia á papada; é commum a seborrhéa.

Aquillo que o Prof. Mira chama ironicamente a *curva da felicidade*, que corresponde ao *enbonpoint* dos francezes e é constituido pelo facto de se ficar um tanto barrigudo quando velho, nota-se no pycnico mesmo quando ainda muito moço.

Fazendo este estudo bem cuidado da biotypologia que é, no dizer de Pende, a sciencia das constituições, temperamentos e caracteres, a sciencia da personalidade, Kretschmer teve o grande valor de procurar mostrar a relação que existe entre estes typos morphologicos e certas doenças mentaes.

Estabeleceu que ha uma grande affinidade biologica entre a *constituição pycnica* e a susceptibilidade para adoe-

cer de *psychose maniaco-depressiva;* e entre as constituições *asthenica, athletica* ou *dysplasica* e a *eschizophrenia.*

Quem fôr pycnico, difficilmente será eschizophrenico, e quem, leptosomico, maniaco-depressiva. Outro ponto muito importante que com o decorrer dos tempos tem sido muito bem caracterisado, é que naquelle que sendo pycnico, apresentar symptomas eschizophrenicos, estes não terão tendencia a se estabilisarem e haverá grandes esperanças de notavel melhoria ou mesmo cura.

Accentuou, outrosim, que a estructura do corpo e a psychose, a personalidade normal e a herança são todos symptomas parciaes da construcção (Aufbau) fenotypica, entre os quaes existem grandes affinidades.

Buscam tambem as particularidades corporaes e psychologicas dos parentes dos doentes e isolou dous grupos: o dos *cycloides* e o dos *eschizoides.*

As *pessoas cycloides* são expansivas, gostam de viver na sociedade, apresentam-se em festas, são affaveis, bondosas, pódem ser muito alegres ou sujeitas a crises de tristeza ruidosa, têm a *extraversão* de Jung, que consiste na tendencia a se adaptar ao meio exterior e nelle ficar relacionada. Ha a *ecothymia* de Forel e o doente sente com os males dos outros.

Os cycloides são, outrosim, promptos em adoptar uma attitude realista e pratica em relação aos accidentes do meio. Quando deprimidos, entregam-se a uma religiosidade sincera. Os processos psychicos se realisam, ou muito depressa, ou muito devagar. Nos gestos, nos actos, ha naturalidade e proporcionalidade.

Os *cycloides* têm tendencia a adoecer de *psychose maniaco-depressiva* e possuem *a constituição pycnica.*

O grupo dos *eschizoides* abrange pessoas de genio retrahido, que não gostam da siciedade, que têm raros amigos, que em casa preferem ficar dentro do seu quarto, entregues horas a fio a leituras, a devaneios, fazendo uma vida de sonhos agradaveis em contraste com a realidade que lhe é desprazeirosa. Não mostram muitas vezes aquillo, em que pensam. O pensamento resente-se de clareza, revelando pessoas emmaranhadas e lunaticas, na feliz expressão do Prof. Mira. São timidas, falhas de iniciativa, extravagantes na conducta. Ha a tendencia á *introversão,* segundo Jung, ou *interiorisação centripeta do eu,* o que fórma o autismo, segundo Bleuler.

Ha *anecotimia* ou falta de participação nos sentimentos das outras pessoas. As dôres destas, ou os prazeres ,não encontram nelles resonancia affectiva.

As oscillações do humor são bruscas e violentas, illogicas, não proporcionaes ás excitações do meio. Os eschizoides não são tambem logicos em suas amizades: querem muito bem a criados e tratam mal os pais, irmãos, etc.

Kretschmer conta que um eschizoide lhe dizia sentir como si um crystal o isolasse do mundo exterior. Não se sentem ambientados. A attitude é affectada, extravagante, dando, muitas vezes, a impressão de quem não se sente á vontade.

Os *eschizoides* têm a tendencia para adoecer de *eschizophrenia* e possuem uma *constituição leptosomica,* na maioria das vezes, podendo ter a *athletica* ou *dysplasica.*

O Prof. W. Berardinelli, em seu excellente livro sobre Biotypologia, friza bem as differenças entre *constituição, temperamento* e *caracter.* Frisa que a *constituição* comprehende caracteres morpho- physio-psychologicos hereditarios e os adquiridos na vida intra ou extra-uterina.

A palavra *temperamento* quer dizer a parte dynamico-humoral, physiologica da personalidade.

O *caracter* é o aspecto psychologico da personalidade, mais particularmente a nota affectivo-volitiva dominante.

Para Laignel-Lavastine, a constituição é a caracteristica estatica do organismo, o temperamento, caracteristica dynamica, e o caracter, expressão psychologica do temperamento. Seriam expressões anatomica, physiologica e psychologica do coefficiente de reacção do individuo.

As pessoas cycloides têm o *temperamento cycloide* e as eschizoides, o *eschizoide*.

Em sua excellente these de Concurso de Docencia Livre de Psychiatria, sobre Constituições em Psychiatria, o Prof. Murillo de Campos assignalou bem aquillo que se chama *liga constitucional.*

Um individuo, filho de pai cycloide e de mãe eschizoide, tem um temperamento cycloide, por exemplo com a intromissão de alguns elementos eschizoides. Neste caso, a liga constitucional existente faz com que uma crise maniaco-depressiva que appareça, custe muito a se curar.

Kretschmer e Hoffmann disseram que ha um vasto grupo de psychóticos intermediarios entre os maniaco-depressivos e os eschizophrenicos. São aquelles que têm melancolia de involução chronica, paraphrenia, eschizophre-

nia paranoide. E' a mistura de predicados constitucionaes de natureza hereditaria que os condiciona.

O *caracter* que é constituido pelo conjuncto de reacções humanas affectivas e voluntarias, que estabelece a uniformidade de conducta, que faz com que uma pessoa proceda no momento, do mesmo modo correcto que nos tempos antigos, é muito influenciado pela constituição.

Sob o ponto de vista do caracter, Ribot classifica as pessoas em sensitivas, apathicas, activas, parciaes, havendo sub-grupos. Jung divide os individuos em *extrovertidos* que são os *syntonicos* de Bleuler, e *introvertidos* que correspondem á *personalidade concentrada* de Hoch.

Aquelles vivem para o exterior, para o mundo; estes vivem dentro de si mesmos, desagradados do mundo, apenas interessados no desenrolar de seus pensamentos.

No *temperamento* ha a tomar em consideração o reflexo psychico que consiste essencialmente em *sentir, pensar* e *querer*, e o elemento *humoral e bio-chimico*, tomando-se neste em grande consideração as perturbações de glandulas de secreção interna.

O Professor Cunha Lopes que com grande competencia exerce o cargo de Assistente da Clinica Psychiatrica, publicou um optimo trabalho sobre Constituição, na Imprensa Medica, no qual elle acceita seis variedades de *temperamentos*: o *hypomaniaco* que é alegre e movel o *syntonico* que é realista pratico, humorista sem malicia, o *phleugmatico* que é bonanchão e molle, o *hyperesthésico* que é hypermotivo, irritado, nervoso, idealista, o *eschizothymico* que é retrahido, systematico, consequente e o *anesthesico* que é frio, lento, pouco accessivel ás paixões.

Boll e Delmas admittem cinco variedades: o *paranoico,* o *perverso,* o *mythomaniaco* o *cyclothymico* e o *hyperemotivo.* No paranoico ha hypertrophia do eu, orgulho, desconfiança; no perverso, ha falta de moralidade, tendencia á maldade; no mythomaniaco, ha predisposição á mentira, ao escandalo; no cyclothymico, ha modificações do humor, tendencia á alegria ou á tristeza exaggerada; no hyperemotivo, ha sensibilidade exaggerada, susceptibilidade.

No feitio constitucional de um individuo, em seu temperamento influem muito as alterações de glandula de secreção interna.

O Professor Dr. Julio Endara, Cathedratico em Quito, Equador, publicou um notavel livro sobre Temperamentos, em que faz um estudo cuidadoso do assumpto.

O *hypothyreoidismo* accarreta diminuição da intelligencia, apathia, indifferença pelas pessoas, tristeza, frigidez sexual.

O *hyperthyreodismo* acarreta excitabilidade nervosa, exaggero da emotividade. O sabio Professor Maranon, da Hespanha, um dos mais perfeitos conhecedores do assumpto, diz que a acção combinada da thyreoide, suprarenaes, systema neuro-vegetativo influe muito no apparecimento de um estado emotivo que se incrementa evidentemente com os abalos do meio.

No excellente livro do Prof. Rocha Vaz sobre Endocrinologia, descreve elle muito bem toda a symptomatologia dos disturbios de glandulas de secreção interna.

Analysando o ponto de vista de constituição e temperamento e as alterações para o lado do systema nervoso, tomando, principalmente, em consideração a questão do psychismo, vê-se que além dos predicados que já assignalei, no hypothyreoidismo e no hyperthyreoidismo, ha na *constituição hyperpituitarica* sympathicotonia, intranquillidade psychica, excitabilidade de animo, intelligencia viva.

Na *constituição hypopituitarica* ha ligeiro atrazo no desenvolvimento da intelligencia, caracter lunatico, cheio de extravagancias, vagotonia, falta de senso moral.

Na *constituição hyposuprarenal* ha tendencia á depressão, á tristeza, ao pessimismo; ha intelligencia normal, ou pouco acima do normal; hypersensibilidade ás dôres.

Na *constituição hypersuprarenal* ha energia moral e intellectual, euphoria, aggressividade, impulsos; na mulher, ha masculinismo, autoritarismo, aggressividade.

Na *hypoparathyreoidéa* ha intranquilidade, descontentamento, hypersensibilidade, falta de prazer na vida.

Na *constituição hyperthymica* ha tendencia á homosexualidade, ao masochismo, falta da certa responsabilidade moral, impulsividade, incapacidade para se adaptar ás difficuldade da vida social, tendencia ao crime e ao suicidio.

Hyvert, em these de Paris, em 1924, estuda as tendencias psychopathicas constitucionaes e demonstra que na *constituição mental* se toma em consideração toda a maneira de ser de uma pessoa, desde o nascimento até a morte.

Lévy-Valensi admitte seis variedades de constituição: *typo expansivo-depressivo, instinctivo, defensivo, affectivo, automatico e mixto*.

No primeiro grupo ha os *excitados constitucionaes*, os *deprimidos constitucionaes* e os *ciclothymicos*. No primeiro caso ha os *tocados* ou *excentricos* que estão sempre em grande actividade, borboleteando de um assumpto para outro, expansivos, alegres. Entre os deprimidos constitucionaes ha os tristes desanimados, sem iniciativa.

Nos ciclothymicos ha o typo do homem mameleão: que vive oscillando entre a tristeza e a alegria, sem um motivo justificavel.

Na *constituição do typo instinctivo* ha predominio dos instinctos e falta de respeito ás leis e aos dictames da moral.

Nella ha aquelles que têm grande tendencia ao crime. A *constituição perversa* della faz parte e nesta a pessoa tem tendencia a maltratar animaes, a apresentar anomalias sexuaes.

A *constituição do typo defensivo* corresponde á *paranoica*. E' uma pessoa desconfiada, orgulhosa, vaidosa, não adaptada á sociedade, interpretando tudo quanto se passa como prova de mal querer dos que a cercam.

A *constituição do typo affectivo é a constituição hyperemotiva* de Dupré. Ha um exaggero de sensibilidade e falta de inhibição motora e reflexa.

Vibra por qualquer cousa. São impressionaveis, escrupulosos aquelles que fazem parte do grupo. Enrubecem ou empallidecem com facilidade, ha tremor, tachycardia, crises de suor, de diarrhéa, polyuria, etc.

Della faz parte a *constituição ansiosa*, na qual ha inquietação, receio de um perigo, grande mal estar.

Outro grupo é o da *constituição automatica* ou por *desaggregação mental*.

Della fazem parte aquelles, em que o sub consciente desempenha um papel muito importante, os distrahidos, os sonhadores, os imaginativos, pessoas de representações muito vivas e objectivadas. Nella é collocada *a constituição eschizoide* (schyzo: desaggregação). Igualmente, a *constituição pithiatica* (pithiato: eu persuado), com seu elemento essencial, a suggestibilidade. No eschizoide que é um introvertido, com desaggregação interna, ha intenso automatismo mental. O pithiatico tem exteriosação e desaggrega-se pela suggestão.

Constituição mixta é aquella, em que se misturam elementos de outras.

Num interessante trabalho publicado em abril de 1928, na Revista Argentina de Psychiatria, o notavel Prof. Nerio

Rojas, estudando constituição e psychoses admitte seis grupos: constituição *asthenica, emotiva, eschizoide, paranoica, perversa, cyclothymica e mythomaniaca.*

O *asthenico* tem fatigabilidade facial, fraqueza, atonia geral, ou então hypotonia, falta de actividade, tendencia a ptoses visceraes, dyspepsia, dilatação de estomago, constipação ou colite muco-membranosa, decima costella fluctuante, thorax estreitado, ossos finos, musculos delgados. Corresponde ao typo microsplanchnico da classificação de Viola e ha hypo-funcção da supra renal. Ha predisposição á neurasthenia constitucional, a syndromes melancolicos e hypocondriacos.

A *constituição emotiva,* muito bem estudada por Dupré, tambem denominada *hyper-emotiva, ansiosa,* traz erethismo diffuso do systema nervoso, exaggero dos reflexos tendinosos, cutaneos e pupillares, hyperesthesias sensitiva e sensorial, desequilibrio das reacções vaso-motoras e secretoras ,com mudança brusca de dilatação e estreitamento dos capillares, tendencia a enrubecer, alternativas de seccura com scialorrhéa e suores, tendencia a espasmos nos musculos lisos e tremores nos estriados, oppressão precordial, sensação de angustia sem motivo, crises de tachycardia ou de arythmia, timidez, escruplóse.

Ha como base, um desequilibrio neuro-glandular, com neurotonia vegetativa e dys ou hyperthyreoidismo.

Nos emotivos asthenicos com hypotensão ha vagotonia; nos emotivos fortes, irritadiços, ha sympathicotonia.

Nesta constituição se englobam estados psychasthenicos, crises de nervos de causas emotivas, attribuidas á hysteria, delirios de influencia ou de posse physica, eschizomania.

A *constituição eschizoide* representa a base da eschizophrenia. Pertencem a ella os eschizothymicos, Ha dissociação da personalidade, interiorisação, timidez, desagrado do meio, falta de affectividade e iniciativa.

A *constituição paranoica* tem como elementos: orgulho, desconfiança, autophilia, egocentrismo. O delirio que se desenvolve, é systematisado e não allucinatorio.

A *constituição perversa* corresponde á *loucura moral essencial.* Ha desequilibrio mental, com falta do senso moral e relativa conservação da intelligencia.

São individuos antisociaes e perigosos em que coexistem amoralidade, falta de affectividade, inadaptabilidade,

impulsividade. Della fazem parte varias modalidades dos estados atypicos de degeneração.

A constiutição ciclothymica, criada por Kretschmer, abrange maniaco-depressivos e predispostos a esta.

Ha uma anomalia dysthymica e um humor que oscilla sempre entre a alegria e a tristeza. As crises apparecem em consequencia de causas insignificantes, obedecendo, ás vezes, a um certo rythmo biologico, mais accentuados na primavera, por exemplo, ou nos periodos catameniaes.

A *constituição mythomaniaca,* tambem criação de Dupré, é formada por aquelles que têm a tendencia pathologica mais ou menos voluntaria e consciente á mentira e á criação de fabulas imaginarias.

Representa uma persistencia da mentalidade infantil. Nota-se nos hystericos, nos estados atypicos de degeneração, no delirio de imaginação.

Synthetisando, diz o competentissimo Prof. Nerio Rojas que a *constituição asthenica* pode dar neurasthenia, delirio hypocondriaco, melancolia; a *emotiva,* psychasthenia, ataques de nervos, syndromos ansiosos, delirio de influencia, eschizophrenia de Claude; a *eschizoide,* psychasthenia, eschizomanias, eschizophrenia; a *paranoica,* delirios systematisados; a *perversa* loucura moral, perversão symptomatica; a *ciclothymica,* psychose maniaco-depressiva; a *mythomaniaca,* hysteria e delirios imaginativos.

Bleuler affirma que a *constituição* actua pathogenica ou pathoplasticamente na genesis de uma psychose.

Genil-Perrin, em trabalho muito bem elaborado, admitte: tendencias *hyperemotivas e ansiosas, ciclothymicas, mythomaniacas, perversas, paranoicas e eschizoides.*

Em estatistica de Rohden, de 1927, elle mostra que é a *epilepsia* muito rara nos pycnicos e muito frequente nos athleticos, a *imbecilidade,* frequente em leptosomicos e athleticos, a *eschizophrenia,* frequente em leptosomicos e rara em pycnicos[a] a *paralysia geral,* preferindo leptosomicos; a *psychose maniaco-depressiva,* quasi privativa dos pycnicos.

Deve-se firmar bem uma grande verdade hodierna: *em toda e qualquer doença mental muito influe a constituição individual, na sua genesis.* Um processo toxi-infeccioso, póde determinar em certas pessoas um estado de *confusão mental,* ao passo que outras não têm o menor disturbio psychico. E' a questão de meiopragia individual.

Os disturbios vago-sympathicos e as perturbações de glandulas de secreção interna alteram a personalidade e predispôem mais ou menos a uma doença mental.

Tinel e Santenoise demonstraram a relação que existe entre a *melancolia ansiosa* e o *hyperthyreoidismo toxico agudo.*

Mostraram que coincidem perturbações da thyreoide, hypphyse, ovario ou testiculo e do sympathico.

Na *doença de Basedow* ha sympathicotonia e alterações destas glandulas.

No dysthyreoidismo ha modificações bruscas do humor, sendo acompanhadas a excitação e a depressão affectivas de farta symptomatologia vago-sympathica, com reacções vegetativas exaggeradas e grande sensação de mal estar quando se admitte qualquer preparado iodado em dóse um pouco forte.

Nos casos de *psychose alcoolica* ha a tomar em consideração o facto do individuo ser mais ou menos predisposto a se deixar dominar pelos toxicos.

Em uma estatistica de Binswanger, verificou-se que em em 88% dos casos se trata de psychopathas cycloides, ou eschizoides, ou epileptoides, ou instaveis, ou anormaes sexuaes, ou sensiveis. Ha, segundo elle, a necessidade, por parte do viciado, de uma transformação chimica no seu organismo psychophysico.

Nos casos de *opiomania* ha um temperamento psychopathico, preferentemente hysteroide, com nervosismo constitucional e instabilidade affectiva.

Na *cocainomania* ha um fundo de excitabilidade nervosa. Nos casos de *toxicophilia* predominam phenomenos vagotonicos; no entanto, nos cocainomanos ha mais vezes sympathicotonia.

A *eschizophrenia* escolhe preferentemente suas victimas entre as pessoas de temperamento eschizoide. Muitas vezes são eschizoides que se transformam em eschizomaniacos e mais tarde em eschizophrenicos.

Contrariamente, a *psychose maniaco-depressiva* escolhe os cycloides, apresentando cada uma os predicados estructuraes muito bem analysados em paginas anteriores.

Na *paranoia* e nos *delirios systematisados allucinatorios* encontra-se a constituição paranoide. Na *hysteria, a* mythomaniaca. Nos *epilepticos* ha a constituição epilepti-

ca, em que se nota um mixto de irritabilidade, suscepti-bilidade, religiosidade, viscosidade mental.

Na *psychose de involução* ha sympathicotonia, constituição emotiva ansiosa.

O *neurasthenico* é de constituição asthenica ou emotiva, com desequilibrio vago-sympathico.

Nos *estados atypicos de degeneração* póde haver a constituição perversa, ou a emotiva, ou a asthenica.

Em synthese, passando a vista em toda e qualquer doença mental, vê-se que muito importa em sua genesis a biotypologia individual. Sempre cada um reage a seu modo, conforme a sua propria constituição.

CONFUSÃO MENTAL

(PSYCHOSES INFECCIOSAS, PSYCHOSES AUTO-TOXICAS)

A *Confusão mental* comprehende as psychoses infecciosas e as psychoses auto-toxicas da Classificação da Sociedade Brasileira de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal.

Penso que se deve conservar a rubrica de *Confusão mental* para os dous typos morbidos, pois a symptomatologia delles têm caracteres communs que são os que se deparam no typo tão bem descripto pelos auctores francezes.

Chaslin que fez um estudo muito bem elaborado sobre a confusão mental, define-a da seguinte fórma: é uma affecção, geralmente aguda, consecutiva a uma causa apreciavel, commumente uma infecção, que se caracterisa por phenomenos somaticos de desnutrição e phenomenos mentaes; o fundo essencial destes, resultado primario do estado somatico, é constituido por uma fórma de enfraquecimento e de dissociação intellectual, confusão intellectual, confusão mental, que póde ser, ou não, acompanhada de delirio, allucinações, agitação, ou, pelo contrario, de inercia motora, com ou sem variações accentuadas do estado emotivo.

Assignalada em principios do seculo XIX, na França, por Pinel e Esquirol que a designavam respectivamente *idiotismo e demencia aguda,* foi ulteriormente descripta pelos auctores allemães que a chamavam "Amentia", "Verwirtheit", admittindo como tal uma doença mental que se originava de uma infecção.

Régis que foi, depois de Chaslin, quem mais se occupou da confusão mental, ampliou o conceito dos autores allemães e desenvolveu detidamente o typo do delirio, a que deu a designação de onirico.

Essencialmente, a confusão mental é uma psychose que se constitue em consequencia de uma infecção. Esta é a sua causa fundamental e os disturbios somaticos, em que sempre existe a difficuldade de nutrição, caminham concomitantemente com a difficuldade de perceber tudo quanto occorre no mundo exterior, pois o doente vive constantemente como si estivesse sonhando acordado ou como si, mergulhado num somno profundo, não lograsse perceber o que lhe ia em torno.

Ha certas doenças mentaes, em que é preciso um grande coefficiente degenerativo hereditario, para que uma pessoa possa ser victima dellas.

Tal não se dá, porém, no que concerne á confusão mental, pois quem quer que seja que tenha uma infecção, póde vir a soffrer de confusão mental.

E' apenas preciso que o cerebro esteja no momento em condições de menor resistencia, pois, no caso contrario, o individuo terá mais accentuada a influencia infecciosa para o lado do figado, estomago, etc.

Collocado num meio, de que recebemos a cada instante as impressões, rodeado de individuos muitas vezes portadores de microbios, nutrindo-nos com substancias muitas vezes de difficil assimilação ou oneradas de productos toxicos, é natural que a cada passo estejamos sujeitos a soffrer uma infecção. Ha, porém, o coefficiente de resistencia individual que faz com que muitas vezes se atravesse uma quadra epidemica, por exemplo, sem que o mal acommetta o individuo.

Si, porem, houver um excesso de trabalho intellectual, si emoções repetidas tiverem vulnerado uma pessoa, si tiver havido ingestão reiterada de alcool, si houver uma vida de noites em claro, si preoccupações de negocio assoberbarem, etc., o cerebro ficará sendo o orgão mais fraco e a confusão mental será a consequencia da infecção.

Uma infecção póde surgir de dous modos: ou ha a introducção no organismo de germens virulentos que provêm do mundo exterior, ou ha a accentuação da virulencia por causas diversas, de germens, muitas vezes inoffensivos, que no proprio organismo se encontram.

Póde-se assim dividir as manifestações em exogenas ou hetero-infecções e endogenas ou auto-infecções.

Rigorosamente falando, póde-se dizer que os microbios que se encontram dentro do nosso organismo, vieram

em geral de fóra para dentro, mas o feito é que uns ficam como parasitas inoffensivos durante algum tempo, até que uma causa morbigenica lhes exalte a virulencia ou diminua a nossa resistencia, ao passo que outros já penetram bastante virulentos, para que desde o inicio façam mal.

Os microbios pathogenicos podem ser introduzidos ou por inoculação directa, ou por contagio. No primeiro caso ha a apposição directa sobre uma ferida, por exemplo, no segundo, ha a penetração pelas vias naturaes.

Neste ultimo caso póde haver a transmissão de pessoa a pessoa, contagio directo, ou, por intermedio do ar, objectos diversos, outras pessoas, etc., contagio indirecto.

Outr'ora acreditava-se que o microbio ia sempre agir por si individualmente, hoje, porém, dá-se muito mais valor á toxina que é um producto de secreção ou de decomposição dos microbios.

Sendo assim, quer as hetero-infecções, quer as auto-infecções, vão agir essencialmente como toxi-infecção, isto é, infecção, em que as toxinas representam o principal papel.

Mesmo após a morte dos microbios, as toxinas que delles derivam, ainda podem fazer mal, e, ás vezes são ellas productos de decomposição cadaverica nimiamente nocivos.

Para que um microbio produza muitas toxinas, isto é, faça muito mal, é preciso que condições de meio sejam a isto propicias e que assim um caldo optimo de cultura se possa constituir.

Ha certos germens que produzem muitas toxinas em meio alcalino, ao passo que outros, em acido. Um certo gráo de calor e humidade é indispensavel. A menor resistencia da parte, em que a absorpção se vai dar, é elemento de grande importancia.

Os microbios podem penetrar pela pelle, pelas mucosas, pelas serosas, pelo tubo gastro-intestinal, pelas vias genito-urinarias, pelo systema nervoso e pelo apparelho ocular.

As auto-infecções se constituem sobretudo á custa do intestino delgado, em que abundam os microbios saprophytas que facilmente se tornam pathogenicos.

Quer nas hetero-infecções, quer nas auto-infecções o organismo procura reagir contra o ataque e invasão dos microbios e suas toxinas.

Os leucocytos representam o papel de sentinella de defesa e, buscando inutilisar os microbios, procuram contrabalançar o poder chimiotaxico negativo das secreções microbianas.

Os germens pathogenicos penetram ou pela via lymphatica ou pela venosa.

Quando a introducção se dá pela via lymphatica, os ganglios representam elemento poderoso de defesa, detendo ahi, emquanto podem, os microbios e suas toxinas.

Si a resistencia ganglionar decahe, penetram elles na corrente sanguinea.

Quando os germens pathogenicos seguem directamente a via venosa, entram pelos capillares e veias, sem que haja os ganglios para os deter.

Quando se introduzem no intestino delgado, ponto de maximo interesse no assumpto, seguem a veia porta e della vão ao figado, coração direito, pulmões e coração esquerdo, donde se espalham pela economia inteira.

Quando se faz em uma cobaia uma inoculação intravenosa, o germen morbido não é mais encontrado dentro das veias em prazo que não excede quinze minutos.

E' nos capillares que se vai elle deter, e é ahi que se trava em ultima instancia a lucta em que vai vencer ou baquear o organismo.

O figado e os intestinos representam elementos de defesa deste, mas si se mostram insufficientes, ainda a lucta prosegue nos capillares, na intimidade dos tecidos. E' exactamente ahi que se vai operar todo o metabolismo cellular, que a verdadeira vida se processa, que a assimilação e a desassimilação se completam.

No intestino delgado que é o ponto, em que mais activa se faz a absorpção, ha villosidades, em cujo centro se encontra o chylifero central que está em relação com a rêde lymphatica.

Na parte externa da villosidade ha os capillares que põem em relação os vasos do systema porta e as arteriolas.

Quando a absorpção se dá pela via lymphatica, entram os productos toxicos pelos chyliferos das villosidades, passam pelos chyliferos mesenthericos, canal thoracico, seguindo neste até o seu termino, no angulo formado pela confluencia da sub-clavea e jugular interna do lado esquerdo.

Quando a absorpção se dá pela via sanguinea, depois da entrada nos capillaares das villosidades intestinaes, ha a passagem pelas veias mesenthericas, veia porta, capillares do figado, veia super hepatica e veia cava inferior.

Conhecidas estas noções fundamentaes, para que se possa explicar a pathogenia de qualquer infecção, póde-se apresentar um exemplo para esclarecer o que em casos identicos se opera.

Supponhamos que um individuo, em contacto com um grippado, receba o contagio do *cocco-bacillo de Pfeiffer*.

Recebido o microbio e secretando este suas toxinas, começa o organismo a lucta contra a invasão microbiana. Si se encontrarem insufficientes o figado e os rins que são os elementos principaes de defesa, as toxinas irão até a intimidade dos tecidos, em que comprometterão a vida cellular. Si o cerebro fôr o orgão de menor resistencia ou si as toxinas fôrem dotadas de tal virulencia que nada poupem, principia o doente de grippe a ter a nutrição do orgão principal do systema nervoso prejudicada pelo accumulo de toxinas no sangue.

A cellula nervosa passa a ser alimentada por um liquido, em que ha muitas toxinas do bacillo de Pfeiffer, em vez de o ser por um sangue puro.

E' claro que, mal nutrida, não possa ella funccionar como antes, e como do funccionamento das cellulas nervosas dependem as idéas e o raciocinio, si aquelle se realisa mal, toda elaboração mental se resentirá.

Logo que a grippe começa a atacar o cerebro, ha a difficuldade de elaborar o pensamento, um certo torpôr mental, o que vem constatar que as cellulas nervosas estão funccionando mal. Si a toxi-infecção cresce ou persiste muito tempo, antes da destruição completa das cellulas, cada vez mais prejudicadas em sua nutrição, ha phenomenos de irritação cerebral, como um protesto contra a morte que se possa dar.

Ha então o delirio, surgem as allucinações.

A par de tudo isto, ha sempre um estado de confusão, de incoherencia de idéas, muito facilmente explicavel pela toxemia cerebral.

O mesmo raciocinio póde ser desenvolvido no que concerne a qualquer outra infecção. Quer se trate de variola, quer de pneumonia, etc., ha sempre a absorpção

de toxinas que levadas pela torrente circulatoria, vão prejudicar a nutrição cellular e si fôr o cerebro o ponto de menor resistencia, prejudicarão enormemente o raciocinio que é um producto do metabolismo cellular.

E' este o motivo, pelo qual acho que se deve fundir as *psychoses infecciosas* e as *auto toxicas* sob a rubrica geral de *Confusão mental.*

O mechanismo pathogenico é essencialmente o mesmo e o quadro symptomatologico só differe em detalhes minimos.

Para tal constatar, basta analysar os elementos que compõem as *psychoses infecciosas* e *as auto-toxicas.*

Kraepelin, na ultima edição de seu excellente tratado, divide as *psychoses infecciosas* em quatro grupos: *delirios febris, delirios infecciosos, confusão aguda* (*amentia*) e *estados de enfraquecimento infeccioso.*

O *delirio febril* é o que surge no decurso de uma pyrexia. Lebermeister admitte quatro grãos nelle.

Não depende da maior elevação da febre e sim da maior intensidade do processo toxi-infeccioso e da menor resistencia do systema nervoso.

Ha pessoas, meiopragicas do systema nervoso, que deliram com qualquer febricula; ha outras que para tal muito custam.

No primeiro gráo, ha peso de cabeça, mal estar, difficuldade para o trabalho mental, sensibilidade exaggerada para qualquer ruido e sonhos afflictivos.

No segundo gráo, a obnubilação da consciencia é mais accentuada e surgem illusões e allucinações. Frequentemente tomam estas o caracter terrorista e isto accentua a inquietação morbida do febricitante.

No terceiro gráo, a confusão mental é mais accentuada e dominado completamente pelas illusões e allucinações, o doente não percebe cousa alguma do que na realidade o rodêa. A phenomenos de excitação se associam crises de somnolencia e um certo torpôr dos movimentos.

No quarto gráo, o torpôr é profundo e, completamente desconhecedor de tudo quanto o circunda, a doente bal bucia phrases desconnexas, com que em vão procura retorquir a retalhos de allucinações. E' um estado semelhante ao de quem estivesse para entrar em coma.

No delirio febril da variola, erysipela, rheumatismo articular agudo, escarlatina e pneumonia, ha, em geral, grande excitação, ao passo que na febre typhoide, predomina a depressão.

A febre póde causar o delirio, em parte por causa do maior affluxo de sangue que excita, mas principal mente por causa da toxemia que é o fundamento da propria hyperpyrexia.

Em qualquer caso ha a excitação do cerebro que é nutrido por um sangue sobrecarregado de productos toxicos. Si a toxemia fôr muito accentuada, ha a impossibilidade de reacção e o individuo cahe num profundo torpôr, incapaz de esboçar o mais leve raciocinio.

Os quatro gráos de delirio servem apenas para differenciar o maior ou menor acommetimento dos centros nervosos.

Sempre ha em qualquer delles confusão mental, com ou sem allucinações, com ou sem excitação.

Em qualquer delirio febril ha de se notar sempre a difficuldade de raciocinio perfeito, com incoordenação de idéas, em consequencia de um disturbio do metabolismo cellular cerebral proveniente da nutrição por um sangue toxico.

Os *delirios infecciosos* surgem em consequencia de uma infecção qualquer, sem que a febre seja indispensavel ou nelles represente qualquer papel.

Muitas vezes apparece elle justamente no momento em que a febre deixou o organismo.

Um dos mais curiosos é o das fórmas iniciaes do *typho*, em que o doente se apresenta com dôr de cabeça, torpôr profundo, inquietação, insomnia e um estado confusional mais ou menos accentuado.

Estes symptomas surgem, sem que haja concomitatemente uma grande elevação thermica. E' um producto de toxi-infecção e o quadro clinico tem como fundo nitido a confusão mental.

Na *variola* ha, além de um estado confusional, tendencia a actos impulsivos. A's vezes o doente tenta contra a propria existencia. Entre o periodo de erupção e o de suppuração ha, não raro, muitas allucinações da vista e do ouvido.

Em pesquizas anatomo-pathologicas feitas por Nissl, sempre encontrou elle o testemunho de um processo toxi-infeccioso das cellulas nervosas, que se apresentavam en-

tumescidas, com espessamento notavel da substancia chromatica.

Igualmente, actos impulsivos se encontram no *paludismo*, em que é tambem a confusão mental o quadro clinico commum.

A's vezes, facto que occorre na fórma chamada larvada ha a substituição de periodos de pyrexia por outros em que um delirio confusional se antolha.

Na *grippe*, póde surgir um disturbio mental, em que se depara profundo torpôr, com incoherencia de idéas, inquietação, ansiedade, havendo em alguns casos signaes de polyneurite.

Na *tuberculose pulmonar*, além do estado mental caracteristico, em que uma euphoria se evidencia, ha crises de confusão mental, com allucinações da vista, do ouvido e do olfacto, idéas de peccado, alternando a apathia com a excitação ansiosa.

Em trabalho que escrevi na Folha Medica de 25 de Março de 1935, tratando das *perturbações mentaes na tuberculose*, mostrei que era a *Confusão mental* a fórma clinica predominante, assignalei que os feitios mais encontradiços eram o allucinatorio e o estupido. Na fórma allucinatoria predomina o delirio de perseguição.

Na *choréa*, quando o delirio surge, é igualmente a confusão mental, com delirio onirico, que se apresenta. Tal succede principalmente nas fórmas graves, de intensa movimentação.

O pranteado Professor Juliano Moreira em trabalho sobre Estados Mentaes nos Tuberculosos, publicado em Fevereiro de 1913, declarou que não havia uma psychose tuberculosa especifica. E' que ha, a meu vêr, confusão mental, na maioria dos casos, em que disturbios psychicos se antolham.

O delirio, ás vezes, póde tomar o feitio de delirio de grandeza. Ha, commumente, estados de grande irritabilidade nervosa.

Ha casos de confusão mental, em que se não apura uma causa apparente e se esmerilha com cuidado e se verifica que tudo é effeito de uma *infecção focal*, muitas vezes por um dente que tem pús na raiz. O Dr. Luiz Guimarães escreveu um trabalho muito interessante a respeito de Doenças mentaes e apparelho respiratorio, tendo-o apresentado ao 3.° Congresso Odontologico Latino Americano. Citou casos do Dr. Cirne Lima, do Rio Grande do

Sul, e de Courmont, Brown-Séquard, Upson, Savage e Henry Cotton, sendo que este ultimo apresentára 67 alienados curados unicamente pelo combate systematico a infecções dentarias.

Outras vezes, a infecção focal se localisa no figado, nos rins, no intestino, etc., em certos casos com uma symptomatologia pouco expressiva, estabelecendo-se um estado de confusão mental que desapparece, logo que se remova a causa.

Outra causa de confusão mental, a que se dá actualmente grande importancia, é a *infecção coli-bacillar*. O *coli-bacillo* determina pyelites, pyelo-nephrites, enterocolites, etc., e um estado confusional se póde apresentar como effeito.

A proposito do assumpto, bem como á acção de *lesões veru-utriculares gonoblenorrhagicas* na genesis de doenças mentaes, o talentoso Prof. Dr. Americo Valerio dedicou trabalhos muito interessantes e cuidadosos que sahiram publicados nos ns. 15, 16, 17, 18 e 19 do Brasil Medico de 1933, e na Folha Medica de 5 de Janeiro de 1935. Neste jornal tratou o eminente clinico de Gynecopathia e syndromes mentaes, monstrando que estas só desapparecem quando aquella se remova. Accentua com justeza a necessidade de serviços especialisados, annexos aos hospitaes de psychopathas.

O Dr. Sebastião Barroso Nunes que foi um dos melhores Internos da Clinica Psychiatrica e o organisador muito competente do seu Laboratorio, no seu periodo inicial, foi quem primeiro escreveu sobre *blenorrhagia e perturbações mentaes*, publicando um excellente trabalho com o titulo *Hematologia nas psychoses* e *cerebro psychoses*, em que apresentou observações clinicas da blenorrhagia a provocar confusão mental. Foi a sua notavel These Inaugural, feita em 1904.

Nelle mostra que a confusão mental é a fórma mais encontradiça.

Em Outubro de 1934, o Prof. Dr. Flavio de Souza que com grande competencia exerce o cargo de Assistente de Clinica Psychiatrica, escreveu um excellente trabalho a respeito da *pellagra* como causa de doença mental, em que mostra a confusão mental como o feitio clinico dominante na observação que apresentou.

Ha casos de delirio chamado residual, em que o disturbio psychico se antolha quando parecia que se ia liber-

tar o doente do mal que o affligia. E' o que se vê na *febre typhoide*, em que, decorridos dias do termino apparente, surge um delirio brando, de typo confusional.

O *delirio do collapso* que Kraepelin destacava como fórma clinica da psychose por exgottamento, é apresentado na 8.ª edição como pertencente ás psychoses infecciosas.

Observa-se mais frequentemente na pneumonia, na erysipéla e na influenza.

Ha nelle grande depressão e confusão mental, notando-se disturbios psycho-sensoriaes de caracter phantastico, fuga de idéas, modificações de humor e inquietação. E' um attestado de fraqueza infecciosa e surge muitas vezes no momento exacto, em que a febre amaina. Não raramente, é subitaneo no seu apparecimento e numerosas allucinações atordoam e confundem o doente. As idéas mais extravagantes surgem, e dominado por ellas, pronuncia phrases desconnexas. Inquieto busca sahir da cama, mostra-se afflicto e insiste em cousas cujo significado mal se percebe.

Poucos dias, ás vezes mesmo poucas horas, dura o delirio de collapso, ficando depois delle o doente profundamente abatido, muito emmagrecido, com o coração enfraquecido.

A essencia do quadro clinico do delirio de collapso é a confusão mental.

A terceira fórma clinica das psychoses infecciosas na classificação de Kraepelin, é a *confusão aguda*, que corresponde á amentia de Meynert e se enquadra rigorosamente nos termos da modalidade muito bem delineada pelos auctores francezes e italianos. O methodo exige que a analyse desta seja adiada para o fim, em que o estudo de conjuncto melhor se fará.

A quarta fórma clinica da referida classificação é constituida pelos *estados* de *enfraquecimento infeccioso.* Esta entidade clinica que mais rigorosamente se deveria intitular estado de enfraquecimento mental post-infeccioso, é das mais interessantes da psychiatria moderna.

Ha essencialmente nella confusão mental e diminuição da capacidade intellectual. Quando a doença termina e tudo parece que se vai normalisar, vê-se que o doente se mostra muito deprimido, pouco apercebido das cousas que o rodeiam, e comprehendendo mal as perguntas que se lhe fazem.

O raciocinio não comporta grande esforço e as pessoas que com o doente estão em relação constante notam

que elle se fatiga rapidamente no pensar e revela diminuição notavel da capacidade intellectual.

O bem estar que geralmente se experimenta na convalescença, deixa de vir. Um residuo de doença persiste, impregnando fortemente as cellulas nervosas, acarretando um estado de torpôr mental, cansaço precoce, difficuldade para lêr ou escrever, e um desejo constante de não ter de pensar e poder dormir profundamente.

O interesse pelas cousas diminue e uma sombra de tristeza invade aquelle que constata a diminuição da capacidade intellectual. O mundo se lhe apresenta como envolto por um véo, e a nitidez dos detalhes e o brilho dos contornos se antolham apagados.

O estado de confusão mental é patente, embora, ás vezes, ligeiro. O doente tem consciencia de que sua intelligencia diminue, e não raro se afflige com isto. Isto está em relação muito estreita com a confusão.

Si ha confusão e diminuição do nivel intellectual, idéas pueris podem surgir e por ellas ficar o doente dominado, sem que um proteseto seu se antolhe contra o que não fôr logico.

Muitas vezes o que desperta a attenção dos circumstantes, é a facilidade com que o individuo fala em cousas tolas e absurdas, sem que o seu raciocinio, outr'ora mais elevado, se revolte contra isto. Nota-se que o doente ficou menos intelligente e um tanto confuso. Em alguns casos ha crises de irritabilidade, em que o individuo se mostra brutal e aggressivo para com as pessoas que o cercam.

O facto é mais vezes observado depois da grippe e do rheumatismo articular agudo, sendo que nas crianças tal occorre depois da coqueluche.

Uma pessoa tem uma grippe de fórma grave e demorada e quando entra em convalescença, nota-se que ficou menos intelligente e um tanto confusa. E' um residuo toxico que ficou impregnando as cellulas nervosas.

A's vezes persiste esta impregnação longo tempo e mezes depois ainda se percebe que o individuo não é o mesmo que antes era.

Em alguns casos ha um estado de confusão mental mais accentuado e na convalescença surge um delirio, em que ha numerosas allucinações e idéas de peccado e perseguição. Um humor deprimido, triste e afflictivo, acompanha o mal.

O somno custa a vir e durante a noite sahe muitas vezes da cama e procura vagar pela casa, confuso e desorientado.

Emmagrece consideravelmente.

Durante mezes póde durar este estado e, embora frequentemente termine pela cura, casos ha, em que sempre persistem o apoucamento do nivel intellectual e a confusão mental.

Nos casos mais graves, em que a confusão é extrema, ha o que se chama a demencia aguda, em que exige cautela o diagnostico exacto e differencial com a *eschizophrenia.* Não raro este diagnostico é bem difficil. Comprehende-se que tal se dê, pois em ambos os casos ha diminuição sensivel do nivel intellectual. O feitio clinico é num exame superficial, o mesmo. Na eschizophrenia ha, porém, a perda da affectividade, da iniciativa, associação muito extravagante de idéas, negativismo, impulsos, suggestibilidade, estereotypias, etc., que permittem, se esclareça o diagnostico.

No mesmo grupo dos estados de enfraquecimento mental infeccioso colloca Kraepelin o typo de Korssakow, a *cerebropathia psychica toxemica.* E' uma modalidade clinica que apparece preferentemente depois da grippe, febre typhoide e, em geral, estados septicemicos graves, escolhendo tambem as victimas do alcoolismo e tuberculose pulmonar. E' a psychose poly-neuritica de Korssakow, em que como seu nome indica, ha ao mesmo tempo disturbios mentaes e polyneurite. Esta póde ser mais ou menos patente e nos casos litigiosos vi na Clinica de Munich, Kraepelin aconselhar que se deslisassem os dedos pelo braço numa pressão forte, a se perscrutar a dôr no trajecto do mediano.

Ha difficuldade na capacidade de fixação, desorientação no tempo e no espaço, delirio metabolico em que se trocam as pessoas e as cousas, sendo sempre o caracteristico do estado mental a confusão de idéas.

Em alguns casos ha excitação, noutros depressão.

Quando surge no alcoolista, ha a zoopsia que é commum no delirio ethylico.

Em todos os casos ha sempre a confusão mental que é o elemento fundamental, que indica que nos estados de enfraquecimento mental infeccioso o quadro clinico póde perfeitamente se englobar nos dominios da *amentia* de Meynert.

Quer os delirios febris, quer os delirios infecciosos, quer os estados de enfraquecimento infeccioso, têm varios symptomas iguaes, que justificam bem que se funda tudo na rubrica de confusão mental.

Kraepelin dá este nome unicamente a uma parte do todo, mas bem cabe elle ao todo.

A confusão mental é uma doença dependente de um processo toxi-infeccioso, em que ha incoordenação de idéas, desorientação no tempo e no espaço e delirio onirico.

Póde haver torpôr ou agitação, verificando-se sempre disturbios mais ou menos accentuados da vida vegetativa.

Quatro fórmas clinicas podem ser admittidas: estupida, asthenica, allucinatoria e delirio agudo.

Na *fórma estupida* ha uma grave toxi-infecção.

O doente fica como si estivesse em estado comatoso. Houve a absorpção de toxinas abundantes ou muito virulentas e a cellula nervosa fica inhibida de funccionar.

Fica o cerebro como si fosse uma machina enferrujada ou empêrrada. Pára de funccionar. Nessas condições comprehende-se que se interrompam as relações psychicas com o mundo exterior

E' o que se dá nos casos graves de febre typhoide, em que o doente fica emmudecido, sem comprehender cousa alguma que se lhe diga, sem noção de tudo quanto o rodêa.

Póde-se chamar por elle, gritar-lhe o nome, e elle nada responde, fica como si fosse um surdo-mudo.

E' preciso distinguir estes doentes dos de estupôr allucinatorio, modalidade clinica da fórma melancolica da psychose maniaco-depressiva. Em ambos os casos os doentes ficam como si estivessem em estado comatoso, mas na confusão mental ha relaxamento dos traços physionomicos e completa indifferença no olhar, ao passo que na melancolia ha contracção physionomica, olhar soffredor e triste, aspecto de ansiedade e desespero diante das allucinações deprimentes que abroquellam o individuo. Na estupidez vesanica que assim tambem se cognomina a fórma estupida da confusão mental, não ha a menor allucinação, ao passo que no estupôr allucinatorio é ella a causa de tudo, ou quando falhe, ha sempre uma illusão que justifique a tristeza.

Na confusão mental de fórma asthenica o torpôr não é tão profundo.

O individuo fica deprimido, como si estivesse muito cansado.

Ainda nesta fórma não ha allucinações ou illusões.

O doente percebe mal tudo quanto o rodêa, e fica na situação de quem esteja com muito somno e deseje unicamente dormir. O bulicio do mundo exterior lhe chega embotado do *sensorium*.

Parece que tudo vem de muito longe. Tudo lhe não interessa.

Si se lhe faz uma pergunta, a muito custo responde. E' incapaz de prestar attenção a qualquer cousa. Ha uma toxi-infecção das cellulas nervosas, não tão intensa, porém, como na forma estupida.

Muito frequentemente ha uma cephaléa ,de localização fronto-orbitaria ou occipital, muito intensa a qual póde durar muitas horas ou mesmo dias.

Nas outras fórmas de loucura a dôr de cabeça é rara, contrariamente ao que aqui succede.

Ha habitualmente insomnia que é acompanhada por inquietação mais ou menos accentuada.

Si a obnubilação da consciencia não é tão notavel como na fórma estupida, é, no entanto, bem sensivel.

O doente não reconhece perfeitamente os detalhes do lugar, em que se encontra. Parece-lhe que tudo é differente e, não raro, desconhece pessoas, com que se dá.

A fixação das impressões que vai recebendo, torna-se cada vez mais difficil. Não se lembra do tempo decorrido.

Não grava na memoria o que pouco antes lhe foi dito. Na dymnésia do confuso ha o baralhamento de cousas reaes com cousas imaginarias e muito curioso é que muitas vezes grava elle melhor o que é menos importante, do que o que mais lhe deveria interessar.

O disturbio da memoria não guarda na sua dissolução a mesma marcha que se constata na demencia senil, em que as ultimas acquisições são as que primeiro se perdem.

Aqui não ha ordem na decadencia da memoria e tanto se póde guardar o que se adquiriu por ultimo, como o que em tempos idos se conquistou.

O repositorio dos imagens é escasso, baralhado e pouco preciso

Quando o doente chega a ficar radicalmente curado, em geral olvidou elle tudo quanto occorreu no seu periodo de doença.

E' uma tregua que houve em sua vida.

O torpôr que se operou em toda sua vida mental que tornou embotadas todas as suas percepções, estende-se

pela vida affectiva e ha uma certa indifferença pelos parentes mais caros.

O egoismo prepondera e a dedicação pelos maiores amigos se esváe.

A movimentação é muito escassa e si se deixar o doente na cama, della não procurará sahir.

A iniciativa é nulla e isto se comprehende bem, pois para agir com consciencia é preciso pensar e escolher e o confuso o não póde fazer, pois não fixa imagens, com que possa elaborar o seu raciocinio.

A percepção falha e defeituosa dos objectos do mundo exterior faz com que muitas vezes estes se antolhem com outro feitio. Si olha, por exemplo, para uma meza e apprehende mal os seus caracteres, confunde-a com um homem e d'ahi surge uma concepção delirante. E' assim que se inicia o delirio onirico ou delirio do sonho que constitue o elemento fundamental e caracteristico da terceira fórma clinica, a *confusão mental allucinatoria.*

Nesta fórma clinica dominam absolutamente as illusões e as allucinações.

As illusões surgem pelo mechanismo que enunciei.

O doente percebe mal, não reconhece todos os predicados de qualquer objecto e, no afan de tudo explicar, acolhe a primeira interpretação precipitada. A illusão facilita muitas vezes o apparecimento da allucinação.

Quem viu, por exemplo, uma mesa e acreditou ver um homem, impressionado pelo que enxergou, e querendo clareza em tudo, fica a se esforçar para esclarecer o facto e, não raro, a excitação cerebral acarreta o apparecimento das allucinações.

Em pouco tempo ellas campeiam de modo absoluto e o individuo vive a sonhar, acordado, e tem nitidamente o delirio onirico, o delirio do sonho.

E' um verdadeiro estado somnambulico, em que ha exaggero da actividade mental sub-consciente ou inconsciente.

Nos primeiros tempos a allucinação só apparece durante a noite quando o individuo começa a dormir, e se esváe logo que accorda.

E' como si elle dormisse sempre sonhando. Depois durante a vigilia, o sonho se prolonga e o doente confunde o que é real, com o imaginario.

No delirio onirico ha constantemente impregnado um certo gráo de confusão mental e o que surge na mente

do individuo, não possúe aquella clareza de predicados, aquelle destaque que em outros delirios se antolha.

Dominado pelas illusões e allucinações, preoccupado com as idéas terroristas que ellas muitas vezes implantam, fica o confuso, não raro, muito agitado Toma parte activa no delirio, discute e lucta com os aggressores e muitas vezes quebra os objectos que o circumdam, no afan de se desvencilhar dos inimigos que o torturam.

Passado qualquer periodo delirante, o doente já se não recorda do que occorreu. Não raro fica uma idéa muito vaga do que se passou.

Mas jamais é elle capaz de descrever miúdamente tudo quanto com elle occorreu.

Em alguns casos, cessado o delirio, fica uma idéia fixa residual que se torna o nucleo de um systema delirante mais ou menos systematisado.

E' o que se vê nos estados de enfraquecimento mental post-infeccioso, em que o doente conserva uma idéa pouco intelligente, commummente, em torno da qual se agrupam outras.

Curioso é que nestes casos não é uma idéa intelligente e brilhante como nos casos de paranoia, e sim um testemunho constante de que a capacidade intellectual minguou com a toxemia demorada.

Interessante é a possibilidade na confusão mental da hypnose suggestiva.

Lembra isto muito a hysteria. Si se intervem activamente no delirio, póde-se modifical-o. O doente está, por exemplo, apavorado, dominado pela visão de muitos bichos que luctem com elle, e póde-se facilmente convencel-o de que outros bichos surgiram e elle entra logo a vêl-os.

Convence-se com facilidade extraordinaria e parece que está sempre prompto a ver quanto lhe digam.

Como distingue elle sempre mal o falso do verdadeiro, prefere acceitar sem mais exame tudo quanto lhe seja suggerido.

Quando o delirio se vai apagando, a realidade se vai descortinando mais nitida e parece que um véo se vai esgarçando pouco a pouco.

Raramente cessa o delirio de repente. Em geral, a pouco e pouco elle se vai dissipando, á medida que a toxemia vai cessando; si ha uma toxemia grave, póde haver um delirio agudo.

E' necessario, porém, que haja uma notavel virulencia do germen ou uma resistencia minima do individuo. Na confusão mental allucinatoria ha. não raro, crises de grande agitação. Póde succeder, porém, que o doente fique um tanto entorpecido, embora inquieto. A desorientação no tempo e no espaço é predicado habitual. Não sabe elle dizer onde está, desconhece as pessoas que o rodeiam, não fixa o tempo e é incapaz de se referir chronologicamente a qualquer acontecimento.

A affectividade diminúe um pouco, em consequencia do pouco interesse que despertam as cousas que o rodeiam, no momento em que ellas se não complasmem no delirio. Na physionomia transparece facilmente o espanto ou o susto se percebe.

Em alguns casos de confusão mental allucinatoria ha o que se chama confabulação. Descreve o doente factos imaginarios como si houvessem occorrido com elle, confunde e mistura cousas verdadeiras com imaginarias, reconhece no interlocutor que lhe apresenta pela primeira vez, um antigo conhecido, do qual refere episodios e phrases.

O *delirio agudo* é uma fórma de confusão mental, em que os symptomas allucinatorios tomam um grande vulto. E' como uma modalidade mais grave da fórma allucinatoria. Ha muitas allucinações e illusões que tomam um tal vulto que o individuo fica segregado completamente do mundo exterior e entregue absolutamente á vida do sonho.

Nelle a agitação é tão violenta que Régis e Carriére lhe dão o nome de confusão mental meningitica.

Ha, em geral, grande elevação thermica, o pulso torna-se frequente e irregular. Notam-se tambem cephaléa violenta, crises convulsivas, olhar desvairado, cabeça muito quente. O doente tem uma avalanche de allucinações e, desvairado e assombrado, grita, lucta com os suppostos inimigos e atira-se de um para outro lado, quebrando tudo quanto lhe vem ás mãos.

E' um quadro de atroz violencia, que impressiona muito a quem o observa.

A terrivel agitação é desenvolvida por um doente que arde em febre e cujo coração vacilla.

E' por isso que muitas vezes é a morte o epilogo.

Ha espasmos frequentes.

As pupillas são desiguaes e têm seus reflexos muito vivos. Em geral, igualmente, todos os reflexos estão exaltados.

Ha muitas vezes tremor intenso e generalisado.

Os disturbios da vida vegetativa são bem accentuados. O testemunho de uma grave toxi-infecção encontra-se a cada passo.

O figado encontra-se bem augmentado de volume, o baço crescido, o estomago distendido, a lingua saburrosa, secca, com muito máu halito.

A temperatura que persiste elevada todo o tempo, attinge a grande elevação. E' a parotidite uma complicação que, ás vezes, se vê, e que quando, existe, é signal de pessimo prognostico.

Ladame disse haver no *delirio agudo* uma destruição da lecithina cerebral, constatando-se pelo exame histologico que uma enorme quantidade de cellulas cerebraes se acham reduzidas ao estado de sombras, segundo a expressão de Nissl.

O exame de urinas visa sempre documentar uma grave toxemia. Póde-se tambem fazer, com grande vantagem, a dosagem da uréa no sôro sanguineo.

Em qualquer delirio agudo, bem como na confusão mental em geral, ha sempre a *insufficiencia hepato-renal.*

Si o figado e os rins funccionarem bem, o organismo se defenderá das toxinas que sobre elle agirem. Em sessão da Academia Nacional de Medicina, de 15 de Maio de 1924, apresentei um trabalho sobre *Uremia e alienação mental,* em que demonstrei ser a uremia a causa mais frequente de morte de alienados, com uma percentagem de 33%. O feitio clinico que se constata nos uremicos, é a confusão mental. Na referida communicação chamei a attenção para o facto de não ter a albuminuria aquella importancia que antes se lhe conferia, e que muito mais vale a dosagem da uréa no sôro sanguineo que muitas vezes se apresenta bem elevada, havendo apenas na urina traços de albumina.

Era de observação constante haver uma relação directa entre a elevação progressiva da quóta de uréa no sangue e a aggravação do estado uremico e da confusão mental.

Em Dezembro de 1924 o Dr. Francisco Amendola que fôra meu interno de Clinica, apresentou uma excellente these "Azotemia nos Estados Confusionaes", em que ha

uma série de observações, com os dados de laboratorio, em que claramente se confirma aquillo que no meu trabalho já enunciára.

A *insufficiencia hepatica* desempenha tambem papel muito importante na genesis da confusão mental.

O Dr. Moreira Netto que foi muito bom Interno de Clinica Psychiatria, escreveu uma optima these sobre *Insufficiencia hepathica nas doenças mentaes*, a qual foi laureada com o premio Juliano Moreira.

Verificou que em 100% dos casos de confusão mental havia biluribinemia.

Constatou, outrosim, em todos elles, insufficiencia hepatica pela retenção anormal de rosa Bengala.

Puca, em trabalho de 1930, estudou a funcção do figado nas doenças mentaes e mostrou que no delirio agudo aquella muito se ressentia.

O Dr. Guija Morales, nos Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades, da Hespanha, de 19 de abril de 1930, tratou da disfuncção hepatica em psychopathologia, mostrando estados confusionaes.

Toulouse, Marchand e Courtois publicaram em 12 de Abril de 1930, um trabalho sobre *encephalite psychosica aguda azotemica*, em que mostram que o quadro clinico dominante é a *confusão mental.*

Ha casos, em que se encontram 3 a 7 grs. de uréa no sangue.

Em optimo trabalho de René Targowla, de 2 de Setembro de 1931, a respeito de syndromos psycho-somaticos, explanou detidamente o assumpto e mostrou que a perturbação hepatica é essencial para que haja confusão mental, havendo necessidade de que se lhe associe uma espinha cerebral qualquer. Caracterisa as psycho-encephalites como doenças devidas a acommettimentos toxi-infecciosos do systema nervoso.

A *insufficiencia hepato-renal* póde provocar *acidóse* e esta, a confusão mental.

O talentoso Dr. Waldemar Bernardinelli escreveu na Novotherapia um excellente trabalho a respeito do assumpto.

Assignala que "diminuição da reserva alcalina e acetonuria são indices seguros da acidemia, capazes de orientar o diagnostico quando faltam os signaes clinicos da syndrome (o soluço, o sapinho, o bocejo, a fome de ar).

Sabendo-se que a reserva alcalina varia no adulto entre 55 e 70 volumes de $C\ 0^2$ combinados por 100 cc. de plasma, sendo na creança de 50 volumes, e conhecendo-se que no estado pathologico a reserva alcalina póde descer a 40, 30, e mesmo 9, podendo, outrosim, augmentar a 80, 90 e mais, tem-se como regra, que ha *acidóse* quando a reserva alcalina está diminuida e *alcalóse* quando augmentada.

Conhecendo-se, outrosim, que nos casos normaes o PH do plasma sanguineo varia de 7,30 a 7,40, verifica-se que ha *acidóse* si elle descer, e *alcalóse* se subir.

Ainda a proposito da *insufficiencia hepato-renal* na genesis de estados confusionaes, ha a tomar em consideração a questão das *azotemias de origem nervosa,* muito bem estudadas por Courtois, na Presse Medicale de 18 de Julho de 1934. São casos em que ha um quadro clinico completo de *confusão mental,* com uma dosagem de uréa muito elevada no sôro sanguineo, sem que haja, porém, outros signaes clinicos caracteristicos de nephrite. Pódem apparecer depois de crises epilepticas, depois de intervenções cirurgicas, no decurso de comas, de certas encephalites agudas, da paralysia geral, do alcoolismo agudo.

Em 60 pesquizas feitas por Marchand, encontrou elle rins histologicamente normaes ou uma tumefacção turva das cellulas dos tubos contornados.

Courtois acredita que azotemia e perturbações mentaes sejam o effeito de uma mesma causa: a encephalite.

Estes casos são differentes daquelles que referi a proposito de uremia e alienação mental. Então ha todo o quadro clinico de uma nephrite. Nas azotemias de origem nervosa, extra-renaes, ha elevação da quóta de uréa no sangue, muito confusão mental, tudo depois do ataque dos centros nervosos, particularmente por uma encephalite aguda.

Quanto á desigualdade pupillar, convém assignalar que ella varia de um dia para outro, embora persista sempre o exaggero dos reflexos.

Verificado um caso de confusão mental, é preciso detalhar-lhe os predicados e escoimar a suspeita de que se trate de outro fórma clinica.

Um dos diagnosticos differenciaes mais difficeis e delicados é o da confusão mental com a psychose maniaco-depressiva. Vê-se um doente muito agitado, a proferir phrases desconnexas, e pergunta-se si se trata de uma ou ou-

tra fórma clinica. Isto importa muito, pois vai influir bem no tratamento. Na confusão mental tudo é toxi-infecção e antes de se dar um calmante forte, é preciso, se não esquecer de depurar o organismo das toxinas que sobre elle actuem.

Si se der um calmante que féche os rins ou torne o figado insufficiente, nunca se conseguirá remover o mal.

Nunca se deve dar a um doente de confusão mental morphina ou chloral e muita parcimonia deve haver no uso de qualquer outro hypnotico.

Para que se estabeleça bem o diagnostico differencial, é preciso fixar que na confusão mental ha muitas allucinações, ao passo que na psychose maniaco depressiva ha illusões e não allucinações.

O doente da psychose maniaco-depressiva, embora muito agitado, presta attenção a qualquer pessoa que delle se approxime, ao passo que o confuso é um despercebido do meio.

Na confusão o mal vem depois de uma toxi-infecção que, ás vezes, chama a attenção pela sua virulencia; na psychose maniaco-depressiva, o mal surge muito frequentemente depois de uma forte crise emotiva.

Si se trata da fórma depressiva da psychose periodica, poder-se-ha estabelecer a duvida com a confusão mental asthenica ou com a estupida.

Na confusão ha, porém, a physionomia indifferente, ao passo que na melancolia é ella soffredora, contrahida, demonstrando que o doente está preoccupado com uma idéa triste que o abroquélla.

Na confusão mental estupida ou estupidez vesanica a physionomia fica apatetada, escorrendo a saliva grossa e viscosa, sem que o doente a remova, e tomando os membros attitudes que se lhes dêm, sem que o doente disto se aperceba. Tal não succede no estupôr melancolico, fórma de psychose maniaco-depressiva, em que a physionomia se mostra contrahida, em que não ha a passividade do confuso, em que de quando em vez surge um raptus, em que o doente investe contra quem esteja perto e aggride ferozmente.

Muito delicado é igualmente o diagnostico differencial com a eschizophrenia. Isto importa muito, pois, o prognostico é absolutamente diverso nos dous casos: Confusão mental cura-se quasi sempre e eschizophrenia só por excepção.

Auctores ha, francezes particularmente, que contestam a existencia da eschizophrenia e dizem ser ella uma confusão mental chronica.

Outros pensam, e Gilbert Ballet mais de uma vez á minha vista fórmulou tal opinião, que a demencia precoce só apparece depois de duas ou mais crises de confusão mental.

Para que se reconheça a differença clinica, basta que se examine detidamente qualquer eschizophrenia.

Ha casos que provam á evidencia que a entidade clinica deve ser mantida. Elementos fundamentaes della são a perda da affectividade, da iniciativa e associação extravagante de idéas. O demente precoce não perde a noção do mundo exterior e, embora distrahido, reconhece bem as pessoas que o circumdam. O confuso é um indifferente, porque não percebe.

A dysmnésia, a desorientação, a confabulação e o delirio onirico são symptomas de confusão mental e não de eschizophrenia.

Quer nesta, quer na confusão mental, póde haver muita allucinação, mas na confusão é caracteristico o delirio onirico.

Poder-se-hia trocar a confusão mental de fórma asthenica com a imbecilidade e a idiotia.

No entanto, para que se dissipem as duvidas, basta que se perquiram os dados clinicos e se esclareça que num caso ha falta de intelligencia e em outro obnubilação della.

Poder-se-hia em exame superficial tomar a paralysia geral como confusão mental. Os dados cytologicos e sôrologicos desbastariam as incertezas, quando não saltassem aos olhos os disturbios da palavra, os da reacção pupillar, e a amnésia global e definitiva.

A demencia senil será tambem facilmente differenciada, si se attentar nos dados anamnesticos e na decadencia gradual e progressiva da memoria.

No alcoolismo, a rigor, poder-se-hia pensar sempre em confusão mental, pois em ultima analyse ha uma toxemia. No entanto, a boa praxe e a clareza da exposição determinam que as psychoses hetero-toxicas occupem um lugar á parte, sendo a symptomatologia dellas um tanto differente da confusão mental.

Sendo a confusão mental o testemunho de uma toxiinfecção, é natural que nas pesquizas anatomo e histo-pathologicas tal se constate.

As cellulas nervosas se apresentam entumescidas, deformadas, com o nucleo deslocado para a peripheria e modificações da substancia chromatica.

O cerebro se apresenta inchado, opalescente, com estase venosa bem notavel. Nos periodos mais adeantados da confusão mental ha atrophia cerebral.

A confusão mental é perfeitamente curavel e, para quem estréa na especialidade, é muitas vezes um successo encontrar um doente desta modalidade clinica. Parece que vai elle morrer, na fórma estupidez vesanica, por exemplo, e o tratamento intelligente acarreta uma verdadeira resurreição. Outras vezes está elle bem agitado e uma sangria com injecção de sôro physiologico, vem realisar rapidamente a cura.

E' indispensavel que se haja precisado bem o diagnostico, pois si se fizer num doente de confusão mental, dominado, portanto, por uma toxi-infecção, uma injecção de morphina ou si se dér uma dóse forte de chloral, poderá haver um desfecho fatal como uma consequencia de tal pratica.

Para curar um doente deste typo clinico, é preciso raciocinar e vêr que antes de tudo é preciso desintoxical-o.

Para eliminar rapidamente as toxinas que o anniquilam, faz-se mister uma sangria, a menos que o coração tal não contraindique. Faz-se uma sangria de 500cc³ e logo depois se injectam 500cc³ de sôro physiologico ou glycosado. Attenúa-se por este meio o processo toxi-infeccioso e para que as melhoras se assignalem, uso empregar, horas depois, uma injecção intramuscular de 20cc³ de electrargol. Esta injecção deve ser repetida dous ou tres dias a fio. Utiliso, tambem, com grande proveito, para remover processos toxi-infecções, injecções de omnadina que é uma vaccina poly-valente.

Si o doente estiver muito agitado, mando collocal-o num banho morno demorado, de 34°, com compressas geladas na cabeça e, ás vezes, tambem, na região precordial.

O banho deve demorar duas a tres horas. Póde-se injectar com vantagem nesta occasião o ether camphorado.

Si a agitação fôr muito intensa, póde-se fazer uma injecção de bromhydrato de hyoscina, na dóse de meio milligramma por cc³.

Si o doente, pelo contrario, estiver deprimido, deve-se injectar diariamente 1 cc³ de serum nevrosthenico de Fraisse. Póde-se tambem receitar injecções de lecithina ou de

magnesio cacodylina, ou de ouro colloidal, ou de supra-renal, cerebro, testiculo ou hypophyse.

No dia seguinte ao da sangria deve-se fazer um clyster purgativo ou administrar por via gastrica uma dóse massiça de calomelanos com escammonéa. Póde tambem ser aconselhado o uso de capsulas com magnesia calcinada ou uma mistura de sulfato, citrato e bi-carbonato de sodio, como aconselham Roubinovitch e Dupouy. Deve-se permittir que o doente beba á vontade e agua lactosada, a limonada chlorhydrica, a limonada citrica e a laranjada são as bebidas preferiveis.

As tisanas diureticas, como a parietaria, grama, uva ursina, etc., tambem não devem ser olvidadas. E' indispensavel que o doente urine bastante e que tenha o ventre bem desembaraçado. Receito constantemente em casos de confusão mental injecções de cylotropina que actuam sobre o figado e os rins e representam um dos melhores meios de remover uma toxemia.

A alimentação deve ser reconstituinte, mas sempre formada por productos que deixem fraco residuo toxico. Leite, cereaes, caldos de legumes, ovos e fructas são os elementos que no caso devem ser preferidos. Si o doente recusa acceitar a alimentação, é preciso fazel-o pela sonda esophagiana, podendo-se aproveitar para fazer a lavagem do estomago por meio de uma solução de acido chlorhydrico a 1 $^0/_{00}$ ou por uma solução de bi-carbonato de sodio ou agua mineral.

Póde ser muito util o tratamento por meio de injecções de extracto de figado e extracto de rins.

O Prof Charles Mattei, em trabalho de Março de 1933, mostra a cura rapida obtida em muitos doentes, com o uso do extracto de figado.

Quando ha signaes clinicos de acidóse, muito aproveitam as injecções de insulina e o bi-carbonato de sodio em dóses fortes. Póde haver acidóse de jejum, isto é, pela falta de alimentação, pela recusa delirante desta e então é indispensavel a super-alimentação, mesmo pela sonda esophagiana.

Uma optima injecção contra a toxemia é a de biotoxil, do Laboratorio Mario Pinheiro, em que ha uma associação de substancias anti-infecciosas e tonicas, a qual é muito frequentemente receitada por mim.

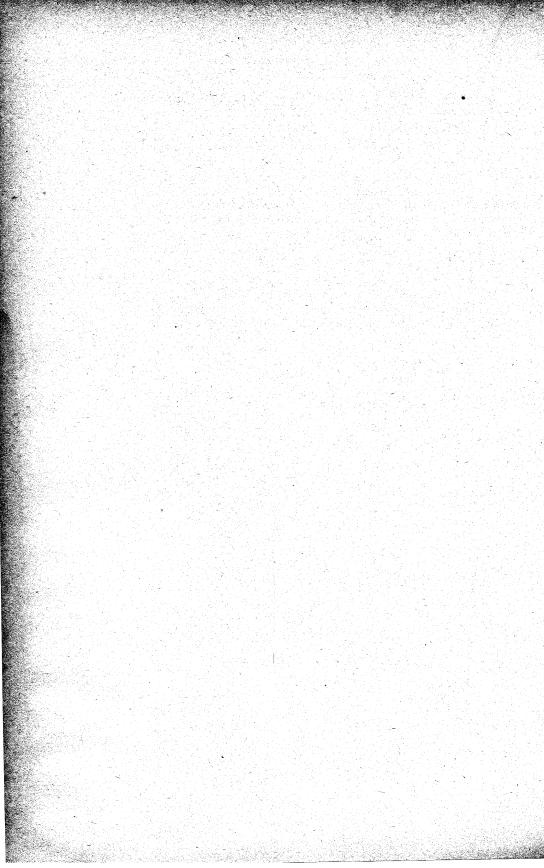
Colucci, no Morgagni, de 5 de Julho de 1931, aconselha a auto-hemotherapia, tirando-se 10 a 20cc^3 de san-

gue e injectandose logo depois, fazendo isto duas vezes por semana, vinte vezes em seguida.

Assignala optimos resultados.

O repouso no leito é igualmente um poderoso auxiliar da cura.

Na enfermaria da Clinica Psychiatrica muitos doentes que davam entrada nas vascas da morte, confusos e profundamente toxemicos, se salvaram e ficaram radicalmente curados, graças a estes tratamentos em cuja applicação muito se desvelaram optimos internos que teve a clinica, como Mario Pinheiro, Roberto Duque Estrada, Ernani Lopes, Zacheu Esmeraldo, Maciel, etc.

No anonymato dos doentes da rua os casos brilhantes se sómem, mas persiste a consciencia do dever bem cumprido e se estratifica a convicção de que a doença mental se póde curar tão perfeitamente como qualquer outra.

PSYCHOSES THYREOIDÉAS

A classificação da Sociedade Brasileira de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal não colloca num capitulo á parte estas psychoses que são englobadas no grupo das psychoses auto-toxicas. No entanto Kraepelin, ainda na ultima edição do seu Tratado, isola este typo clinico, a que diz pertencerem: os *disturbios psychicos na doença de Basedow*, a *psychose myxedematosa* e o *cretinismo*.

Kraepelin dá-lhes a designação de psychoses thyreogenas.

A importancia da causa que as géra, e o feitio clinico muito particular que tomam, justificam bem o seu destaque em um grupo separado, da mesma fórma que o alcoolismo, o cocainismo e a opiomania, embora modalidades de confusão mental, figuram em classes distinctas.

O grupo das psychoses thyreogenas é constituido por doenças mentaes que derivam directamente de um disturbio da glandula thyreoide. Deve-se bem frisar, dependerem directamente, pois na eschizophrenia, na psychose maniaco-depressiva, na epilepsia, etc., têm sido comprovados disturbios thyreoidêos, sem que sejam, porém, o elemento fundamental.

Os *disturbios psychicos na doença de Basedow* vêm interessando fortemente os auctores modernos. Nota-se desde os primeiros tempos da doença de Basedow que o individuo se mostra um tanto inquieto, excitado, com a emotividade muito exaggerada.

Por qualquer nonada prorompe em prantos e não raro reconhece elle mesmo que se mostra irritadiço e mal humorado quando o não devêra ser.

Si o bocio, a exophtalmia, a tachycardia e o tremor constitúem os elementos caracteristicos da doença de Basedow, facto é que muitas vezes faltam alguns delles e na symptomatologia frustanea muito importará a perquirição do estado physico. Elemento de grande valor na sym-

ptomatologia, é o emmagrecimento que se póde tornar excessivo.

Ha um disturbio psychico que se sommará então a um ou dous elementos fundamentaes, além da possivel coexistencia dos symptomas accessorios, como: os suores profusos, a diminuição da resistencia electrica, a tosse secca, a polyuria, a glycosuria, a albuminuria, a pygmentação cutanea semelhante ao cloasma da gravidez, a lymphocytose e a insomnia. Hoje em dia, aconselha-se que se não faça diagnostico de *hyperthyreoidia,* sem que se faça a pesquiza do *metabolismo basal.*

Este que representa a quantidade minima de calor, produzida pelo organismo, no estado de repouso, em jejum, na temperatura normal, calculada por metro quadrado em superficie cutanea e por hora, é um processo que já passou dos laboratorios de physiologia á pratica medica corrente.

O metabolismo basal é normal entre — 10×100 e +10×100, é alto, acima de 10×100, e baixo si fôr inferior a — 10×100.

Marañon e Carrasco em trabalho baseado em 177 casos, dizem que sempre que se encontrar com metabolismo basal muito elevado, deve se pensar em hyperthyreiodismo. Por outro lado, a não existencia de augmento do metabolismo deve induzir a pensar em uma nevrose vegetativa pseudo-hyperthyreoidéa.

Está provado haver constantemente nos hyperthyreoidêos um syndromo sympathicotonico. Este explica a tachycardia que póde ser excessiva e se somma frequentemente ao symptoma cardeal que é a magreza que póde attingir em dous ou tres mezes a uma perda de peso de 20 kilos.

A exophtalmia é um dos signaes mais tardios. O tremor póde espalhar-se pelo corpo todo, excepto nos musculos da face. Ha, ás vezes, caimbras e repuxamento nos musculos dos membros inferiores. Muitas vezes ha o vitiligo que se espalha por uma vasta superficie cutanea.

Na maioria dos casos, a reserva alcalina e o PH do sangue ficaram nos limites da normalidade.

O eminente professor Marcel Labbé escreveu um optimo trabalho sobre o *syndromo sympathico para-basedowiano.*

Considera elle como tal, um syndromo de amphotonia neuro-vegetativa, em que ha pequeno bocio, tachycardia muito intensa, disturbios vaso-motores, pequeno

tremor, emotividade intensa, disturbios mentaes que vão desde uma pequena irritabilidade até um estado de mania aguda, exophtalmia, disturbios menstruaes, tudo porém, com *ausencia de emmagrecimento e falta de augmento do metabolismo basal.*

Commumente desde o inicio da doença se constata uma certa diminuição da capacidade intellectual, ao mesmo tempo que escasseia a continuidade em qualquer esforço.

Ha frequentes crises de distracção, cansaço psychico muito facil e de quando em vez um estado de ansiedade mais ou menos intenso. O somno é inquieto, frequentemente entremeiado de sonhos afflictivos.

Illusões se constatam e, não raro mesmo, allucinações.

Geralmente, o augmento da inquietação vai a pouco e pouco acarretando notavel magreza.

E' commum queixar-se o doente de que a memoria vai ficando muito fraca. Ao mesmo tempo é patente a indecisão para que tome qualquer deliberação. Irresoluto em extremo, o basedowiano fica numa grande ansiedade quando por algo se deve decidir.

O estado psychico mantém um permanente equilibrio instavel.

A's vezes a excitabilidade cerebral é de tal ordem que o doente dá a impressão de um caso de psychose maniaco-depressiva ou de confusão mental. Fala constantemente, anda de um lado para outro, apresenta-se afflicto, com allucinações e illusões. No entanto, si qualquer das duas entidades clinicas se póde associar ao basedowismo, aquillo que deste depende directamente, é menos intenso.

Si ha um feitio de psychose maniaco-depressiva, será a excitação maniaca; si de confusão mental, será uma ligeira incoordenação de idéas, entremeiada de allucinações.

Levi e Rostschild descreveram um typo de temperamento hyperthyreoideano, em que ha permanentemente uma certa excitabilidade, optimismo, instabilidade de humor e ligeireza de movimentos. Este feitio clinico seria o typo mais elementar de disturbios psychicos na doença de Basedow.

Stern qualifica de basedowoides os que se englobam neste feitio rudimentar ou frusto.

Em alguns casos o feitio psychico é o de nervosismo. Sente-se o individuo com um mal estar extraordinario, com uma ansiedade enorme que mais se accentúa quando

surgem crises de palpitações, affluxos de calor para o lado do rosto e da cabeça ou as crises de suór.

Muitas vezes se enxertam no typo basedowiano crises francamente hystericas. Norman Philipps publicou no "Journal of Mental Science", de Outubro de 1919, um interessante artigo sobre Bocio e Psychoses, em que assignala o facto de serem oito vezes mais sujeitos á loucura os individuos que têm bocio, do que aquelles que disto não soffrem.

Casos de instabilidade thyreoidéa foram assignalados, em que ora ha hypo, ora hyperthyreoidismo no mesmo doente.

Em regra geral, o hyperthyreoidismo coincide com estados de excitação e o hypothyreoidismo com phenomenos de apathia e indifferença.

Acredita-se ser *hypothese pathogenica* mais segura a que interpreta tudo como uma resultante do exaggero de funcção da glandula thyreoide. Em trabalho muito bem feito, publicado na Revue Sud-Americaine de Médecine et de Chirurgie, o Dr. Mario Schteingart frisa bem que a doença de Basedow é produzida por um hyper-funccionamento da thyreoide, o qual dá lugar á secreção exaggerada de thyroxina pelo tecido em estado de excessiva funcção.

Esta thyroxina que se accumula no organismo em tal quantidade como se não encontra em qualquer outra fórma de thyreoidismo, acarreta intoxicação geral do organismo e desequilibrio intenso do systema nervoso vegetativo, dando o quadro clinico nervoso-vegetativo da doença de Basedow.

Não é indispensavel, porém, haver um bocio ou qualquer augmento de volume da glandula. Si muito frequentemente se apresenta ella muito grande, ha muitos casos, em que o excesso de funcção contrasta com a reducção de tamanho.

Segundo Pierre Marie e Tanzi, provam bem a existencia de hyperthyreoideismo: o antagonismo entre os symptomas do basedowismo e os do myxedema espontaneo; vir o myxedema em alguns doentes logo depois do basedowismo quando a glandula começa a diminuir de volume; o mau resultado obtido com o extracto thyreoidêo; o abuso nas doses deste preparado dar sempre phenomenos que lembram o basedowismo; finalmente, só haver resultado clinico quando no tratamento se busca remover o excesso de thyreoidismo. Walter Edmunds dá tambem grande im-

portancia ao exaggero de funcção da thyreoide, mas acredita que haja sempre como causa inicial, uma insufficiencia das parathyreoides.

Torbeke e Hart acreditam haver uma hypertrophia do thymo. Eppinger acredita em insufficiencia pancreatica. Hoffmann, em insufficiencia das supra-renaes.

Qualquer delles opina, porém, que isto coincide com hyperthyreoidismo.

Si um estado constitucional como, por exemplo, o estado thymico-lymphatico póde preparar o basedowismo, casos ha, em que elle só se desenvolve após um processo infeccioso, como a influenza ou o rheumatismo. Interessante é que, ás vezes, já tinha o individuo a papeira, entrou a fazer uso erradamente de extracto de thyreoide e o mal se desenvolveu. E' o caso do bocio besedowificado.

Nas pesquizas *anatomo* e *histopathologicas* se tem constatado diminuição e maior fluidez da substancia colloide e proliferação de epithelio grandular. Kocker, Roussy e Clunet que pensam haver dysthyreoidismo, encontraram cellulas com protoplasma eosinophilo. E' este formado por granulações de substancia lipoide que são de natureza secretoria e se não deparam nas thyreoides normaes. Estes disturbios comprovados no funccionamento da glandula thyreoide, vão suscitar os phenomenos psychicos que muito se approximam do que se observa na psychose maniaco-depressiva, em que ha sempre como alteração fundamental, modificação do humor, na qual tambem se acredita exercer papel importante o exaggero da funcção da thyreoide.

Na questão do *diagnostico differencial* é ponto fundamental saber logo si se trata apenas de disturbios mentaes dependentes directamente da doença de Basedow, ou de uma psychose associada.

Póde-se encontrar a coexistencia de psychose maniaco-depressiva, hysteria, confusão mental ou neurasthenia.

Para investigar o typo de Basedow, deve-se procurar, pelo menos, dous dos seus elementos fundamentaes, sempre prestando attenção a não faltar o metabolismo basal augmentado. Para comprovar haver qualquer psychose associada, deve-se demonstrar haver em destaque qualquer dos seus elementos caracteristicos.

Costumo *tratar* o basedowismo por meio do sôro antithyreoideano de Möebius, de que mando fazer uso, na dose de 60 gottas diarias. Aconselho banhos mornos demorados.

Receito, outras vezes, o hematyr do Laboratorio Paulista de Biologia, na dóse de duas colheres de chá cada dia.

Goldenberg, no n. 50, de 1930, do *Journal des Praticiens* aconselha a solução de fluorureto de ammonea, solução aquosa a 2 %, para se tomarem dez gottas, quatro vezes por dia, em agua com assucar ou leite, augmentando-se pouco a pouco até 100 gottas diarias.

Anteriormente usara elle o flirureto de sodio, na mesma dosagem, mas os doentes tinham muitas vezes nauseas, colicas, vomitos, diarrhéa.

Brum, nos *Archives of Internal Medicine*, de 1.° de Julho de 1931, aconselhou salicylato de eserina, na dóse de 2 milligrammas, associado a 30 centigrammas de sulfato de quinina, tres vezes por dia, durante dez semanas em seguida.

Loeper, Soulié e Bioy, na Presse Médicale de 29 de Julho de 1932, aconselhou o borato de sodio, associado ao citrato de sodio, em solução de 5% de cada um, tomando-se duas colheres de sopa cada dia.

O Dr. Mario Schteingart preconisa o tratamento radiotherapico do bocio, combinado ao iodo (lugol) e o tratamento cirurgico.

O distincto Professor Dr. Alfredo Monteiro apresentou na Academia Nacional de Medicina casos por elle muito proficientemente operados de bocio, em que observei a grande melhora de todo o quadro clinico, mesmo do estado mental. O eminente Professor Henri Welti, de Paris, tem tambem uma estatistica muito bôa.

As vantagens do tratamento pelo iodo são negadas por varios auctores, particularmente por Wagner Von Jauregg que fala no *Iod-Basedow*, provocado pelo excesso de iodo.

A galvanisação, com a applicação do cathóde no bocio e o anóde na nuca, póde ser util. A radiotherapia profunda deve ser feita com dóses moderadas e espaçadas.

Haret aconselha a ionisação pelo Ionradium.

Abbé, de Nova York, introduz no lóbo mediano um tubo de radium de 10 centigrs. de sal a 15%, que deixa ficar 24 horas.

No syndromo parabasedowiano, utiliso a geneserina, o luminal, a Passiflora e o meimendro.

A *psychose myxedematosa* é outra fórma clinica de psychose thyreoidéa.

E' constituida por uma alteração mental que se desenvolve em consequencia de uma insufficiencia da glan-

dula thyreoide que póde ir até a suppressão completa de sua funcção. Caracteristica clinica é uma decadencia progressiva das faculdades intellectuaes, muitas vezes em evidente contraste com o brilho que o doente apresentava, associada a modificações particulares para o lado do tegumento e variadas perturbações nervosas.

Deve-se a Gull, em 1873, o primeiro estudo clinico de psychose myxedematosa.

A' medida que se vai constituindo a insufficiencia thyreoidéa, vê-se o individuo ir pouco a pouco ficando muito abatido, num estado de constante preguiça, pouco interessado na execução de qualquer trabalho, cansando-se com facilidade após leitura pouco demorada, muito menos capaz de uma attenção estavel, sentindo-se o proprio doente e, notando-o melhor quantos o circumdam, muito reduzido sob o ponto de vista da capacidade intellectual.

Si nestes doentes se indaga do tempo de duração dos actos psychicos elementares, vê-se que elle cresce consideravelmente, testemunhando o embaraço que se antolha no acto reflexo psychico.

Diminúe particularmente a capacidade de fixação e a custo rememora o doente episodios occorridos.

O feitio clinico que mais vezes tenho observado em meus clientes de psychose myxedematosa, é o de um individuo muito preguiçoso.

Tudo é feito a custo, de vagar, com pouco interesse.

Embora não haja suppressão da affectividade, o doente revela accentuada diminuição do interesse pelos que mais deveria prezar.

Frequentemente se antolha somnolencia.

A's vezes é esta entremeiada de crises de insomnia e paroxysmos de ansiedade muito accentuados. Em alguns casos ha um estado melancolico que lembra muito a melancolia delirante.

Ao mesmo tempo que se vai constituindo este psychismo, verifica-se que a pelle vai ficando secca, grossa, muito pallida ou amarellada, formando-se, si agarrada, grandes pregas, em consequencia da adherencia do tecido sub-cutaneo com a epiderma. Na face ha muitas rugas que mais se salientam nas palpebras e nos angulos externos dos olhos. Por este motivo o myxedematoso tem um aspecto de envelhecido e de opilado.

Ficam um pouco mais grossos os dedos.

Pelo exame electrico vê-se diminuição da conductibilidade.

Ha notavel abaixamento do metabolismo basal — 70%, por exemplo, e Falta diz mesmo que não ha myxedema sem o abaixamento do metabolismo.

O jogo physionomico diminúe consideravelmente e frequentemente se antolha um ar profundamente apalermado. A bocca muito larga, com o labio inferior muito grosso e muitas vezes entreaberta, accentúa este aspecto feio.

A propria mucosa buccal fica muito espessada e os dentes começam a se estragar e a cahir com facilidade.

Do nariz, de ventas muito abertas e achatado na base, escorre um catharro espesso e verdoengo.

A voz torna-se rouquenha e não raro sahem as palavras como que syllabadas.

O doente escuta pouco.

A vida sexual soffre uma grande reducção quando não uma suppressão completa.

A papeira póde existir, a mascarar a grande diminuição de volume da glandula thyreoide. Não é, porém, elemento de diagnostico seguro.

No inicio do mal ha muitas vezes dôres de cabeça e vertigens. Em muitos casos ha essencialmente peso na cabeça.

Communs são crises epileptiformes, tremores, espasmos da glotte e disturbios na marcha franca e desembaraçada.

Ha, em geral, augmento da excitabilidade mechanica dos musculos e nervos.

Os reflexos rotulianos se apresentam exaltados.

Interessante é a grande susceptibilidade ao frio que o myxedematoso apresenta. A's vezes não está muito frio o dia e o doente busca se agasalhar, como si no rigor do inverno.

Muito frequentes são pequenas hemorrhagias que dependem segundo Schmidt, em experiencias feitas, de grande diminuição da coagulabilidade do sangue.

Kraepelin assignala diminuição do numero de globulos vermelhos e reducção da taxa de hemoglobina.

Tomando-se a temperatura do corpo, vê-se estar abaixo da normal,

Admittem-se duas variedades de myxedema no adulto: de origem medica ou *cachexia pachydermica*, e de ori

gem cirurgica *ou cachexia estrumipriva.* No caso de origem medica o processo de insufficiencia thyreoidéa surge e se desenvolve em consequencia de qualquer mechanismo infeccioso. No caso de origem cirurgica, o mal sobrevem depois de uma intervenção cirurgica. Seja que houvesse uma papeira e uma intervenção desastrada tivesse arrancado um pedaço de glandula thyreoide; seja que houvesse doença de Basedow e se pensasse em corrigir a hypertrophia da glandula pela extirpação de uma parte della: o facto é que o mal succede á operação.

Logo depois desta se tem observado o apparecimento de exaggero na excitabilidade dos musculos e dos nervos, exaggero de reflexos, tremor, ataques epileptiformes. Alguns destes phenomenos não dependem directamente de lesões da thyreoide e sim das parathyreoides que nas operações podem ser compromettidas.

Conhecido bem o papel que a grandula thyreoide desempenha na economia, comprehende-se que a suppressão de uma parte della acarrete a impossibilidade de destruição de productos toxicos que venham a agir sobre o organismo, perturbando-lhe o metabolismo. Por outro lado, a insufficiencia thyreoidéa acarreta disturbios para o lado de outras glandulas de secreção interna, particularmente para o lado dos testiculos e ovarios. E' esta synergia glandular que explica a grave auto-intoxicação endocrinica que se traduz na symptomatologia da cachexia que se ostenta no myxedematoso.

Risak, em conferencia feita em Innsbruck, em 7 de Outubro de 1935, falou no myxedema cerebral e disse que alterações dos centros nervosos do diencephalo pódem acarretar o myxedema, além de disturbios neuro-vegetativos. Accentuou que Chvostek, Eppinger e Falta disseram que o hyperthyreoidismo póde tambem ter uma genesis cerebral.

Risak encontrou o quadro basedowiano depois de doença do diencephalo ligada á encephalite typica com synptomas pontinos.

A syphilis e a tuberculose que tão notavel papel desempenham nos disturbios endocrinicos, podem igualmente no caso influir poderosamente, para que uma cachexia pachydermica se possa desenvolver.

Muito curioso é o facto de que ¾ dos casos observados o tenham sido em mulheres, particularmente durante o periodo da menopausa. Isto demonstra que é mais es-

treita a relação entre thyreoide e ovarios, do que entre thyreoide e testiculo.

Quando a cachexia estrumipriva ou de causa cirurgica, foi Reverdin quem, em 1882, pela primeira vez a observou, depois de uma ablação do corpo thyreoide.

A's vezes o mal se não desenvolve logo depois da operação e leva alguns mezes a se constituir O quadro clinico é o do myxedema ordinario.

Claro está que tanto mais accentuados serão os symptomas, quanto mais completa fôr a extirpação. Gley chegou a referir casos em que esta era muito pequena e quasi nada se notou.

Constituido o myxedema, o *tratamento* que dá mais resultado, é o opotherapico.

Uso receitar gottas de extracto thyreoidêo, começando por dez gottas, duas vezes cada dia, e augmentando de cinco em cinco dias, dez gottas, até completar sessenta gottas diarias.

E' curioso como o estado geral se vai transformando a pouco e pouco. O doente pallido e amarellado vai adquirindo côres, a infiltração dos tecidos vai cessando e a intelligencia se vai accentuando.

Si se dá logo desde o inicio uma dóse forte de extracto thyreoidêo, podem surgir dôr de cabeça, vertigens, palpitações, tachycardia, muitas vezes seguidas por accidentes graves para o lado do coração.

Podem tambem ser empregadas pequenas injecções de 914 e preparados phosphatados.

Dependendo no caso todos os disturbios psychicos de insufficiencia da thyreoide, claro está que os recursos que a curarem, nelles tambem irão poderosamente influir.

O *cretinismo* é a terceira modalidade clinica de psychose thyreoidéa.

Nelle ha uma parada de desenvolvimento cerebral, de maior ou menor grão, que apparece logo nos primeiros mezes da vida e é acompanhada por phenomenos de degeneração e atrophia da glandula thyreoide.

Ha duas modalidades de cretinismo: o *esporadico* e o *endemico*.

O *cretinismo esporadico* que tambem se chama idiotia cretinoide, idiotia myxedematosa, idiotia com pachydermia ou pachydermia cretinoide, tem grandes traços de semelhança com o myxedema dos adultos. que differe pelo facto de occorrer a lesão thyreoidéa durante a vida fetal ou logo nos primeiros annos da vida, acarretando logica-

mente este comprometimento precoce accidentes mais serios.

O *cretinismo endemico* que se apresenta foreiro em certas regiões, comprova a acção sobre a glandula thyreoide de causas ainda pouco conhecidas, derivando dahi o atrazo ou parada do desenvolvimento somatico e psychico e a cachexia myxedematosa.

No *cretinismo esporadico* se constata desde logo, nos primeiros tempos em que a criança já vai esboçando a sua intelligencia, que esta se não desenvolve. Demais, não cresce e vê-se que a propria ossificação vai num vagar extraordinario.

O augmento de volume das epiphyses contrasta muitas vezes com a curteza dos membros que faz com que fique ella um anão disforme.

Os recursos modernos de radiographia e radioscopia bem comprovam o atrazo, em que fica a evolução dos pontos de ossificação D'ahi tambem deriva a facilidade com que se estabelecem curvaturas na columna vertebral e nos membros inferiores, accentuando ainda mais o feitio simiesco destes doentes,

Quando chegam a vinte annos, dir-se-hiam ainda crianças de oito annos.

A cabeça é commummente muito grande e chata, o pescoço curto e grosso, o nariz chato, de ventas muito abertas e a cavidade orbitaria, muito afastada uma da outra. Ha escassez de pellos. Nota-se a persistencia de dentes da primeira dentição, sempre muito estragados.

A pelle é muito secca, grossa, edemaciada.

O paniculo adiposo, sempre abundante, predomina ao nivel das claviculas, em que fórma dous coxins que são os chamados lipomas supra-claviculares. Nos braços, nas coxas e nas pernas ha requeifas semelhantes ao que se vê nas crianças de mamma. A barriga é muito alta.

E' notavel a insufficiencia de desenvoivimento de orgãos genitaes, o que está bem de accordo com a theoria de correlação endocrinica.

Na physionomia atoleimada vê-se a lingua grossa e pendente da bocca aberta, de labios carnudos.

Ha diminuição da força muscular e, de quando em vez, o apparecimento de convulsões que podem testemunhar o comprometimente das parathyreoides com que mantêm intima relação de visinhança.

Casos ha em que o cretino não consegue aprender a andar e vive a urinar e evacuar sem sentir. A's vezes, não consegue mesmo rir ou chorar.

Geralmente, quanto mais cedo se desenvolver o cretinismo, tanto mais grave será o comprometimento da intelligencia. Ha casos de idiotia alala, em que o doente não pronuncia uma unica palavra. Ha outros, em que apenas se constata fraqueza de espirito.

O humor é apathico ou ligeiramente deprimido.

No que concerne á *anatomia pathologica,* Curling assignala ter encontrado a falta completa da glandula thyreoide. Si tal não occorre commummente, ha sempre a reducção consideravel de volume que póde descer a minimas dimensões. Pelas relações de estreita visinhança muito se preoccuparam os investigadores com o estado das parathyreoides.

Maresch provou estarem integras, o que está concorde com a falta habitual de signaes de tetania. O bocio não é muito frequentemente encontrado.

As pesquizas para o lado do systema nervoso tem assignalado diminuição de volume das cellulas nervosas da cortex, escassez de fibras nervosas e proliferação de nevroglia.

Curioso é que, contrastando com isto, ha muitas vezes augmento de volume do cerebro.

Para documentar a *doutrina etio-pathogenica* de insufficiencia da thyreoide, ha as curiosas experiencias de Moussu que extirpou a glandula thyreoide de porquinhos e obteve cretinismo, com parada de desenvolvimento somatico e psychico.

Qualquer processo infeccioso póde acarretar um disturbio da thyreoide que culmine em sua atrophia. Particularmente, o sarampo, a coqueluche, a escarlatina e a diphteria têm sido assignalados como causas.

Si o mal se constituiu durante a vida intra-uterina, é que houve uma toxi-infecção materna que lesou a glandula quando se ia ella constituindo

No que diz respeito á *therapeutica,* é ainda a opotherapia pela thyreoide que acarretará uma cura de effeitos brilhantissimos.

O *cretinismo endemico* se constata em varias pessoas que habitam uma mesma região. Tem sido elle assignalado na Alta Saboia no valle de Aosta, nos Pyrineus, nos Vosges, nos Carpathos e em alguns valles do Hymalaia.

Pensou-se que a altura pudesse influir no desenvolvimento do cretinismo endemico, mas emquanto que ha lugares como o Hymalaia com 3.000 metros de altitude, ha outros como as circumvisinhanças de Strasburgo, em que ha apenas 140 metros. Demais, ha paizes muito montanhosos, em que se não encontra o cretinismo endemico.

Pensou-se tambem na humidade e falta de sol, mas o valle de Aosta é francamente exposto e bem insolado e está cheio de cretinos. Bircher appellou sem provas para uma constituição geologica especial.

Pensou-se muito na influencia da agua, sendo que na Suissa Allemã e na Italia ha nascentes que o povo denomina fontes de papeira.

Como prova citou-se ainda o facto de passar uma aldeia da Saboia, Borel, em que havia muitos cretinos, a ser abastecida com agua de San Bon, em que os não havia, cessando desde então a frequencia do mal.

Lustic conseguiu que em Turim cavallos e cães tivessem o bocio, fazendo com que bebessem unicamente agua do valle de Aosta. No entanto, pesquizas chimicas não têm permittido encontrar na agua qualidades que pudessem explicar a thyreoidite endemica.

Morel foi propugnador da theoria miasmatica que hoje não é mais admissivel.

Da identidade de aspecto que se depara entre os cretinos de certas regiões da Europa e Asia e os de certas zonas do Brasil, parece-me ser possivel que a admiravel descoberta de Carlos Chagas tudo possa perfeitamente esclarecer. Acredito que a pesquiza do barbeiro em todas estas regiões talvez seja positiva e que se possa pensar em uma tripanosomiase pelo Schizotrypanum Cruzi.

Kutschera admitte a natureza infecciosa e possibilidade de contagio, inspirando-se a sua interpretação pathogenica em uma certa analogia com a doença de Chagas.

Tanzi declara discordar completamente desta opinião. Penso que lhe não assiste razão. Todavia só quando se procurar o barbeiro e si houverem feito exames cuidadosos, se poderá scientificamente acceitar ou repudiar a idéa que se não póde contestar ser perfeitamente plausivel.

Ewald diz que o cretinismo endemico se poderá distinguir do esporadico, porque nelle ha synostóse precoce, falta de myxedéma, decurso mais vagaroso, maior duração da vida e resultado negativo do tratamento thyreoidêo. Estes elementos differenciaes têm sido todos elles contestados.

Falha a synostóse precoce, ha commummente myxedema, a opotherapia thyreoidéa fornece successos seguros

Cerletti e Perusini dão grande valor a um hyperthyreoidismo materno.

A *symptomatologia* do cretinismo endemico não differe essencialmente da do esporadico. Apenas no endemico se constata que o mal se desenvolve pouco a pouco, muito vagarosamente, ao passo que no esporadico é mais apressado em sua evolução. No typo endemico é menor a resistencia organica e mais frequentes as cerebropathias infantis. Destas deriva a maior frequencia de paresias e convulsões

Os *methodos prophylacticos* estão naturalmente ligados ao perfeito conhecimento do elemento pathogenico, ainda pouco seguro.

No *tratamento* sempre se deverá usar a opotherapia thyreoidéa. Demais, acredito que possam ser uteis o extracto de glandula pineal e os preparados phosphatados.

PSYCHOSE HETERO-TOXICAS

São doenças mentaes constituidas pela administração reiterada e abusiva de substancias toxicas que se preparam fóra do organismo humano. São principaes as que dependem do *alcool, morphina e cocaina,* sendo que tambem se encontram casos, embora mais raros, em que o mal é oriundo do *ether, haschich, chloroformio, sulfureto de carbono, nicotina, protoxxydo de azoto,* etc.

A hetero-intoxicação póde ser aguda ou chronica. No primeiro caso os effeitos são mais fugazes e, a menos que se constate um estado de meiopragia nervosa accentuada, disturbios mentaes são pouco assignalados.

No caso em que o individuo faz uso durante muito tempo de um toxico ou delle abusa, surge uma doença mental que, em ultima analyse depende do envenenamento do sangue por um producto toxico que impede que a nutrição cerebral se faça regularmente e acarreta um estado de confusão mental mais ou menos sensivel. A rigor, tudo isto caberia muito bem nos dominios da confusão mental.

Ha, porém, predicados clinicos particulares que justificam a separação em um grupo clinico á parte, em que se estudam os effeitos do toxico e, em certos casos, os de sua suppressão brusca como na morphina e cocaina.

O que se não deve esquecer, é que fundamento de tudo é uma toxemia derivada da absorpção de substancias que se constituiram fóra do proprio organismo.

PSYCHOSE ALCOOLICA

E' uma doença mental que depende do abuso do alcool.

Deve ser tido como alcoolista aquelle individuo que ingere nova quantidade de alcool antes que a primeira tenha sido eliminada. Esta é a definição de Kraepelin que dá um conceito muito justo do facto.

O termo alcoolismo, creado em 1856 por Magnus Huss, significa o conjuncto de phenomenos morbidos suscitados pelo envenenamento pelo alcool. Póde circumscrever-se á simples embriaguez, póde accentuar-se como uma psychose alcoolica.

Uma pessoa póde ficar embriagada com uma pequena quantidade de alcool.

Basta para isto que haja pequena resistencia nervosa e susceptibilidade exaggerada diante dos toxicos, facto que é habitual nos degenerados. Os filhos de alcoolistas são particularmente sensiveis á ingestão de substancias ethylicas.

Na *embriaguez* ha um periodo inicial que se caracterisa por uma alegria exuberante ou tristeza accentuada.

Nos que vulgarmente se diz, terem o vinho alegre, ha um prazer enorme nas cousas da vida, um optimismo exaggerado, e os mais timoratos se mostram affoitos, os mais ponderados, mais levianos.

Nesta phase ha frequentemente rixas, pois o poder phrenador cerebral não está presente a refreiar as demasias de reacção.

Em quem tem o vinho triste, apparecem lamurias e queixumes sem motivo.

Posteriormente a este periodo de alegria ou tristeza, ha a confusão mental que faz com que o ebrio fique completamente desorientado em relação ao tempo e ao espaço. Pronuncia palavras desconnexas, fica na situação de quem estivesse sonhando, acordado.

A's vezes, ha neste periodo impulsos aggressivos, luctando o doente com amigos que buscam contel-o e que não mais reconhece como taes.

Finalmente vem um estado semelhante ao coma, em que o somno profundo epilóga a scena triste.

Na genesis da embriaquez, como na de qualquer outra manifestação alcoolica, ha sempre a tomar em consideração, não só a predisposição individual, como tambem o coefficiente toxico do alcool.

Ha pessoas que com muito pequena quantidade de alcool ficam logo embriagadas, ao passo que outras resistem muito.

As que resistem pouco, são as que descendem de alcoolistas ou de neuropathias. Neste caso ha predisposição a que se affeiçôem ás bebidas, e susceptibilidade maxima aos seus males.

Nos casos em que ha meiopragia do systema nervoso, o individuo delira por qualquer nonada e é muito sensivel ao alcool.

O desequilibrio mental, a epilepsia, a neurasthenia, a hysteria, etc., são modalidades clinicas que facilitam haver pouca resistencia ao alcool.

No que concerne á influencia toxica do alcool, veriffficaram Dujardin-Beaumetz e Rabuteau que ella é tanto maior, quanto mais elevados o seu ponto de ebullição e fórmula atomica.

Assim o alcool amylico é mais toxico que o ethylico e este mais que o methylico.

O saudoso e eminente Professor Marcio Nery, em excellente relatorio sobre as psychoses alcoolicas, publicado em 1909, descreve bem a fórma, por que se preparam certas bebidas alcoolicas indigenas. Sempre, em todos os tempos, houve a preoccupação de tornar o alcool bem picante ao gosto e assim, além do seu alto gráo, houve a intromissão da pimenta, mostarda, etc. Além disto, ha a mistura de varias substancias alcoolicas como succede no vermouth, etc.

Os indigenas prepararam o *caxiry* que é uma bebida fermentada que fazem com a raiz da mandioca. Deixam fermentar o beijú num vaso com um pouco d'agua, hermeticamente fechado, e obtêm uma aguardente de amido que é muito toxica.

O Dr. Roberto Duque-Estrada, em sua optima these sobre a etio-pathogenia do delirio alcoolico, descreve bem o modo de preparar o alcool e as falsificações que lhe imprime a industria.

Ha quatro periodos na preparação do alcool: saccharificação, fermentação, distillação e rectificação. A aguardente, de tão grande uso, representa um producto de distillação do alcool

Entre outras pódem ser citadas: a de vinho ou cognac, de canna ou rhum, de cereja miuda ou marrasquino, de cereaes ou whisky, a de melaço de canna ou tafiá, a de ameixas ou quetsch, e a nacional que provém do succo de canna fermentado, sem que delle se tire o assucar, e do melaço de canna.

A cachaça que é a aguardente nacional, não se vende tal qual nas tavernas, e no afan de obter com ella mais dinheiro, os vendedores gananciosos junctam-lhe fumo, alcatrão, cascas verdes de nozes, raspas de carvalho, pyrethro, pimentão. etc.

Assim o liquido se torna mais denso e mais picante e rende mais. Percebe-se bem o mal que ha de advir do uso de uma bebida que, além do alcool, elemento nocivo, contém tantas impurezas.

Os auctores francezes têm tido ultimamente a preoccupação de apresentar o vinho como quasi inoffensivo, com o intuito de não embaraçar os proventos dos viticultores francezes.

Chegaram até a fundamentar o enilismo ou intoxicação pelo vinho, como si fôra a mais branda ou insignificante. Não ha motivos para uma separação tão radical, pois impurezas em qualquer se encontram, desde que não bebidas ao lado das parreiras, em que como alcool ainda fariam mal. Ha quem pense que a cerveja não faça mal, mas basta ponderar que é ella um producto de fermentação que deriva do amido de cevada.

Os licores e apperitivos têm muilo alcool e, misturados uns com outros, sempre são nocivos.

O absintho talvez seja o peior delles, mas pouco se usa entre nós.

Si, incontestavelmente, o factor-predisposição favorece os effeitos nocivos do alcool, bem como o alto gráo deste, facto é que, bem averiguado, qualquer que seja elle sempre faz mal.

Houve a convicção, em alguns ainda arraigada, de que o alcool fosse um estimulante da nutrição muitissimo util e tonico não houve, de que não fosse o vehiculo fundamental. As imaginações entorpecidas eram vivamente despertadas por elle e a inspiração acudia facil e brilhante a quem sorvia alguns góles de alcool. A sensação é mais apparente que real, e a hyperemia que excita a cellula cerebral, provoca um estado de euphoria que faz com que o individuo se julgue no melhor dos mundos.

Experiencias mais detidas provam que mesmo neste periodo a capacidade de producção é menor. Ach demonstrou que a percepção é menos nitida. O individuo apprehende menos detalhes e muito superficialmente apanha tudo quanto o circunda. Na resolução de pequenos problemas de mathematica já se mostra sem a mesma capacidade. A attenção é pouco estavel. Si se emprehende um trabalho, ha pouca persistencia nelle. Kraepelin, em trabalho sobre a psychologia do Alcool, publicado na Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina Legal de Buenos Aires, de Abril de 1917, diz que havendo difficuldade maior de executar qualquer trabalho intellectual, no entanto não

se dá conta o alcoolatra da inferioridade, em que vai cahindo. Quando vai escrever, exerce o alcoolisado a principio uma pressão mais forte sobre a penna, porém, pouco depois, escorre a letra tremula, fraca e indecisa. Mayer tal demonstrou e Sommer, com o seu apparelho para tremores, constatou sensivel ataxia.

Esta incordenação de movimentos corresponde bem exactamente á de idéas que muito precoce e leve se antolha

A força muscular que a principio é um pouco maior, decahe logo e o individuo fica incapaz de um esforço um pouco continuado.

O individuo mostra-se mais loquaz e parece-lhe que as idéas acodem mais rapidamente.

Ha, porém, menor ponderação, maior volubilidade e desapparece a circumspecção que anteriormente houvesse.

Os movimentos tornam-se mais promptos, mas a ataxia e o tremor não tardam a se ostentar.

Esta influencia que a ingestão do alcool exerce sobre o modo de sentir, pensar e querer do individuo, é uma consequencia da irritação que elle exerce sobre o systema nervoso. E ella se dá, porque, qualquer que seja a bebida alcoolica, vai o alcool, em natureza, actuar sobre o cerebro.

Depois de se tomar qualquer substancia alcoolisada, mórmente si a percentagem fôr muito elevada, será o alcool absorvido ao nivel do estomago e do intestino, entrando para o sangue, em que é facilmente constatado.

Conforme a meiopragia individual, vai elle agir mais nocivamente sobre o figado, rins, cerebro, etc.

Em qualquer hypothese, porém, o cerebro, como orgão muito sensivel, se resentirá.

Overton e Triboulet demonstraram que as cellulas nervosas se deixam impregnar facilmente pelo alcool.

Este, em parte, é eliminado pelos pulmões e pela pelle; em parte, soffre combustões, transformações varias; em parte, fica no sangue, compromettendo a nutrição e irradiando sob a fórma de vapores pelo cerebro todo.

Wepfer accentuou que o cerebro dos individuos que morreram embriagados, exhalava um cheiro forte de alcool.

Schrader sentiu o cheiro de alcool na serosidade dos ventriculos lateraes.

Ogston achou 4 onças de um liquido com os caracteres do alcool, numa mulher que morreu embriagada.

Maurice Perrin foi o primeiro que demonstrou experimentalmente a existencia e mediu a quantidade de

alcool no systema nervoso. Em 440 grms. de tecido nervoso encontrou 3 grs., 25 de alcool.

Lewin e Pouchet provaram ser maior a fixação de alcool no cerebro do que no proprio sangue.

Neste fica transitoriamente e em menor quantidade, indo localisar-se no cerebro, em que impregna as cellulas e se espraia sob a fórma de vapores.

Do mal que destes deriva, é bem prova a classica experiencia de Féré que saturou de vapores alcoolicos ovos collocados debaixo de uma gallinha chóca e fez com que se gerassem pintos monstrengos.

Pouchet demonstrou que a impregnação do cerebro se inicia pelos ganglios cerebraes, sendo depois attingido o cerebello. E' este o motivo, porque ha a principio, excitação psychica e depois incoordenação motora.

Mais tarde, a medulla é excitada e ha obstaculo á propagação das excitações sensoriaes e motoras. Si a intoxicação é maior e mais duradoura, será tambem o bulbo interessado. Si houver meiopragia individual, póde o bulbo ser interessado muito precocemente.

A impregnação duradoura do systema nervoso pelo alcool determina uma alteração do psychismo normal, constituindo-se a *psychose alcoolica*. Esta póde ser aguda, sub-aguda ou chronica. Alguns auctores admittem que em qualquer dos casos haja o que se chama alcoolismo chronico, e que ninguem possa ter o que se acha constituindo a psychose aguda, sem que já tenha o caracter alcoolico.

Depois do individuo beber durante muito tempo, por tal fórma se modifica o seu modo de sentir, pensar e querer, que parece ser uma pessoa inteiramente outra. Em tal caso, a ingestão um pouco mais copiosa de substancias ethylicas póde determinar uma phase aguda ou sub-aguda, enxertando-se no estado chronico, Póde succeder, porém, que o individuo esteja na aurora de suas praticas alcoolicas e se constitúa um estado agudo ou sub-agudo.

E'o caso, pois, em que razoavelmente se deve admittir psychose aguda ou sub-aguda,sem alcoolismo chronico.

A *psychose alcoolica aguda* deve corresponder, a meu ver, ao que se chama *delirium tremens*.

E' o effeito da intoxicação maxima pelo alcool, em que ha não só o effeito da acção directa deste, como o de uma grave insufficiencia hepato-renal que colloca na torrente circulatoria toxinas em grande quantidade.

São seus elementos clinicos tremor intenso e generalisado e delirio.

Póde haver febre ou não, dividindo-se o delirium tremens em febril e apyretico. Quanto ha elevação thermica, póde ella attingir 40° e mais. E' um attestado da toxemia que no caso existe.

O alcool determina um estado congestivo diffuso que vai repercutir intensamente sobre o cerebro, figado e rins.

Agindo sobre figado e rins, impede que o organismo se depure de substancias toxicas que nelle se vão armazenando.

A acção sobre o cerebro determina, a principio, um affluxo de sangue para as cellulas cerebraes, cujo metabolismo se accelera. Como o pensamento depende da associação de idéas e como esta deriva da integridade physiologica da cellula cerebral, segue-se que excitada, haverá associação precipitada e pensamento leviano.

Si perdurar a acção do alcool, diffundindo-se seus vapores pelo cerebro e impregnada intensamente a cellula nervosa. já não póde ella funccionar bem e começa a haver difficuldade na elaboração do pensamento. O Prof: Martin Fischer diz que ha uma verdadeira asphyxia cellular que acarreta uma grande acidóse. Ha então o estado de confusão mental que representa o fundamento, a essencia da psychose alcoolica.

A confusão mental que se encontra no *delirium tremens,* é ruidosa e accentuada. O individuo fica como si estivesse sonhando acordado.

O sonho que lembra bem o pesadelo, é sempre de caracter terrorista.

Durante a noite, durante o somno, surge elle, muitas vezes, e depois, olhos abertos, em vigilia, prosegue misturando-se a realidade com a imaginação.

Ha uma confusão mental allucinatoria, sendo predominantes as allucinações visuaes. São estas constituidas essencialmente pela visão de animaes ferozes, de fórmas phantasticas, que investem contra o alcoolatra. Este vive aterrado, grita, pede socorro e busca esconder-se, a procurar defesa contra os animaes que o querem matar.

Outras vezes são animaes muito pequeninos que em verdadeiro batalhão lhe cobrem o corpo. Leva o doente a se defender de formigas e pulgas que pensa ver e sentir.

Teias de aranha se lhe enroscam no corpo.

Papeis pequenos, de côres variegadas, lhe perpassam pela vista.

Sente cheiros extravagantes e um máu gosto insupportavel. Sensações repentinas de grande calor ou de frio

se notam. Tudo concorre para manter a convicção delirante, em que predomina a idéa de perseguição.

Não ha no caso um delirio systematisado, mas idéas confusas de perseguição.

A movimentação é exaggerada e o individuo attinge a paroxysmos de grande agitação.

Muito agitado, salta de um lado para outro, corre e grita, vendo além de bichos, homens armados, em attitude ameaçadora, phantasmas, diabos, espiritos, etc.

Não ha muitas allucinações do ouvido, mas as da vista são muito intensas e frequentes.

Ha numerosas illusões e em qualquer pessoa que se approxime, acredita o delirante vêr um feroz inimigo.

O tremor é muito intenso e diffuso. Treme o corpo todo, sendo que mais accentuado é o facto nos dedos da mão e na lingua. Si se manda o doente collocar os dedos espalmados como se fizéra um juramento, apresentam-se elles dominados por um tremor muito fino e repetido. Quando o individuo vai falar, mostra-se tremula a palavra.

E' habitual haver desigualdade pupillar. Os reflexos rotulianos ficam muito exaggerados.

Em alguns casos ha crises epileptiformes.

Digno de nota é que, ás vezes, o *delirium tremens* surge justamente, quando o individuo suspende o habito ethylico.

Outras vezes, irrompe elle quando se dá uma grave lesão cirurgica, mórmente traumatismo craneano.

No 3.° ou 4.° dia de uma pneumonia irrompe elle naquelles individuos que viviam entregues ao alcool. Bonhöffer apresenta uma percentagem de 20% de pneumonicos em seus doentes.

O exame de urinas revela muitas vezes perda de albumina, de assucar, de phosphatos, retenção de uréa e chloruretos.

Hertz compara o *delirium tremens* com a uremia, Jacobson acredita que haja sempre a absorpção pelo intestino de productos de decomposição.

Ha sempre uma toxemia que se somma á hetero-intoxicação alcoolica.

Toulouse, Marchand e Courtois, nos Annales Médico-Psychologiques de Janeiro de 1933, publicou um trabalho sobre encephalite psychosica aguda dos alcoolistas, no qual dizem que no delirium tremens ha como substractum organico uma encephalite aguda.

Lembram que Klippel encontrou no cerebro uma hyperemia exsudativa e um diapedése inflammatoria.

Marcus attribuiu os accidentes mentaes do delirium tremens a um agente infeccioso que provoca no cerebro lesões degenerativas e lesões inflammatorias.

Contrariamente ao que costuma succeder na encephalite psychosica azotemica, quasi sempre de prognostico fatal, a do delirium tremens cura-se mais ou menos depressa.

Achard, Lévy e Wellisch acharam em trabalho de 13 de Novembro de 1931 que a taxa do potassio do plasma sanguineo se mostra diminuida, ao passo que a do calcio e do sodio se mostra augmentada. A taxa de pigmentos biliares no sangue se mostra muito augmentada.

O exame hematologico dá lymphocytóse (10.000 a 25.000) com polynuchose.

No exame do liquor cerebro-racheano Abadie e Pauly, em 1930, em 30% dos casos, verificaram ligeira hyperalbuminóse. A lymphocytóse é nulla ou muito fraca.

Toulouse, Marchand e Courtois chegam á conclusão de que a encephalite psychosica aguda dos alcoolistas ou delirium tremens é uma encephalite diffusa, não suppurada, ao mesmo tempo inflammatoria e degenerativa sem nenhuma tendencia á dismielynisação.

Neggendorfer em trabalho publicado no Deustsche Medizinische Wochenschrift, de 3 de Janeiro de 1936, a respeito do *alcoolismo grave*, assignala que no caso importa menos a quantidade de alcool ingerido, do que a questão do terreno organico degenerativo hereditario, particularmente a herança alcoolica.

Courtois, em trabalho de Junho de 1935, verificou intoxicação alcoolica parenteral, particularmente paterna, em ¼ dos casos.

Póde parecer em alguns casos que busque o suicidio, mas será excepcional, lhe surja tal idéa. Sendo muito medroso o alcoolista, não póde tomar a resolução de sacrificar o bem mais estimavel que a propria vida.

Ha em alguns casos o delirio systematisado de ciume. Ha no alcoolista, frequentemente, no fim de pouco tempo, diminuição da capacidade sexual. Não pensa elle, porém que esta fraqueza dependa unicamente delle. e começa a imaginar que tudo é effeito da falta de estimulo da mulher que prodigalisa a outros os carinhos que deviam ser delle. Tem frequentemente ilusões e imagina notar nos menores gestos as provas da infidelidade. Ha tambem allucinações

da vista e do ouvido, todas no sentido de confirmar ás suspeitas do doente.

Em consequencia do delirio do ciume, o alcoolista que já é naturalmente turbulento, mostra-se muito aggressivo. A's vezes ha crimes, de que outro não é o movel.

Predicado igualmente do alcoolista é a covardia e tanto mais feroz e brutal se evidenciará, quanto mais fraca fôr a victima.

Na psychose alcoolica sub-aguda não ha a excitação tão intensa como na fórma aguda. Ha mais calma e raciocinio mais ponderado e encadeado. São as allucinações e as falsas interpretações que justificam o modo de agir do doente. Ha, ás vezes, no decurso do alcoolismo um syndromo paranoide, em que se desenvolve, portanto, um delirio systematisado, sem allucinações.

O thema delirante varia, mas, em geral, a base é persecutoria.

As allucinações do alcoolista não tem, commummente, grande estabilidade. Ellas perpassam como si fossem scenas de cinematographia e o alcoolatra é um espectador e uma victima.

Na fórma sub-aguda ha apenas uma diminuição na clareza da consciencia e o doente que acredita ser expressão da realidade o producto allucinatorio, orienta-se mais ou menos no meio delle.

Ha neste caso menos confusão mental e mais systematisação delirante.

Como predomine o medo, o humor é mais afflictivo e deprimido. Na psychose alcoolica não ha alegria, porque a circulação cerebral se faz mal e a nutrição do neuroneo se opera em circumstancias muito desfavoraveis. Sempre que ha falta de sangue no cerebro ou sangue intoxicado, ha tristeza ou irritabilidade E' o protesto physiologico contra a desnutrição.

A razão de ser de num caso surgir a fórma sub-aguda, deriva de maior intoxicação e menor resistencia individual nesta ultima modalidade.

No *delirium tremens* ha além da intoxicação alcoolica toxemia aggravada por insufficiencia hepatorenal.

A *psychose alcoolica chronica* é a que se constata naquelles individuos que ha muito se entregam ao uso do alcool.

Ha essencialmente neste caso uma modificação profunda do caracter.

O individuo perde o criterio que tinha, e desapparecem as noções superiores de ethica e esthetica. Procede mal e pouco se lhe dá do conceito que os outros façam delle. Descura o cumprimento do dever, faltando ao serviço ou executando-o muito mal. Perde a noção de honra e não zela pela esposa que abandona e chega a insinuar aos carinhos de outrem. Malbarata os bens e pouca móssa lhe faz a falta de conforto que no lar se antolhe.

O organismo todo se ressente da absorpção constante de alcool e frequentemente se constatam lesões no figado, nos rins, estomago ou intestino.

Na psychose alcoolica chronica ha nma irritabilidade permanente.

O individuo não fica satisfeito com cousa alguma.

Em geral, estes individuos têm uma constituição psychopathica e o elemento degenerativo se somma com todos os seus defeitos á intoxicação pelo alcool.

Sob o ponto de vista da anatomia pathologica e da clinica, o alcoolismo chronico é uma doença geral, em que tomam parte o coração, os vasos, o figado, o sangue, os rins, a mucosa gastro-intestinal e o systema nervoso.

Parhon constatou augmento da cholesterina no sangue, no alcoolismo chronico, contrariamente ao que se vê na eschizophrenia, melancolia e demencia senil.

Dôres rheumatoides são muito communs.

O alcoolista chronico vive sempre doente: moral ou physicamente.

Kraepelin, na sua ultima classificação das doenças mentaes, divide o alcoolismo nas seguintes classes: *embriaguez, intolerancia alcoolica, estados complicados de embriaguez; alcoolismo chronico; delirio de ciumes alcoolico; delirium tremens; syndromo de Korssakow; delirio allucinatorio do bebedor; pseudo-paralysia geral alcoolica.*

As duas primeiras classes já foram syntheticamente descriptas; O delirio de ciume alcoolico póde ser encontrado em qualquer modalidade ethylica mais frequentemente, a meu vêr, na fórma sub-aguda, mais commummente na chronica, segundo Kraepelin.

O *delirium tremens* já foi descripto como fórma aguda

O syndromo de Korssakow representa, segundo penso, um episodio que póde occorrer no alcoolismo chronico.

E' o enxerto neste do quadro clinico que em 1887 Korssakow criou e que tem como elemento: uma causa toxemica, signaes de polyneurite, perturbação profunda

da capacidade de fixação, perda da orientação e tendencia á falsificação das recordações.

Póde existir quando haja neurite e qualquer toxemia, mas é mais frequente vel-o no alcoolismo. E' um accidente no alcoolismo chronico e basta que nelle occorra a neurite ou a toxemia de causa ethylica se incremente, para que elle se ostente.

O quadro clinico, com pequenas modificações, é o da confusão mental, o que vem provar que ha essencialmente uma alteração toxica da crase sanguinea, de que já é expoente a neurite.

O individo olha para uma pessoa e conversa com ella, dando-lhe o nome de um antigo conhecido, refere-se a factos occorridos, misturando-os com imaginarios, confunde o lugar em que está, com outro em que já tenha estado: em summa, confuso, desorientado, vai baralhando pessoas e cousas.

Como lhe custa muito o gravar imagens e o se recordar do occorrido, vai o doente preenchendo as falhas com concepções imaginarias e dentro de pouco tempo ha mais imaginação do que realidade.

Em alguns casos ha o typo perfeito de Korssakow, sem que se encontre a neurite. Em outros esta não é muito nitida e nestes vi eu em Munich Kraepelin fazer uma compressão forte no braço, a buscar a neurite do mediano que é, as vezes, a unica e pouco accentuada.

Penso que o typo de Korssakow quando occorra em alcoolista, deve ser englobado na classe do alcoolismo chronico.

O delirio allucinatorio do bebedor corresponde á allucinose aguda dos bebedores de Wernicke, e foi por mim descripto como psychose alcoolica sub-aguda.

Na pseudo-paralysia geral alcoolica ha uma associação dos caracteres do alcoolismo chronico aos da paralysia geral.

Hoje tem uma importancia muito menor a pseudo-paralysia geral alcoolica, desde que nos recursos de laboratorio ha elementos seguros, para que muito precocemente-se diagnostique a paralysia geral. Póde ser que se trate do periodo inicial desta, em que o individuo se excede ás vezes no alcool.

Os recursos de laboratorio esclarecem o problema. Quando elles demonstram que não ha paralysia geral e

o feitio desta se ostenta no alcoolismo chronico, ha o typo clinico, a que me refiro, e que é muito pouco frequente.

Ha nelle crises epileptiformes, perturbações da palavra, disturbios da memoria, tremor, ataxia, paresias, modificações na reacção pupillar, delirio de grandezas pueril, allucinações auditivas e delirio de ciume.

Outras vezes se apregoam como de pseudo-paralysia alcoolica, casos em que ha lesões vasculares de origem syphilitica ou arterio-esclerotica e, concomitantemente, signaes classicos de alcoolismo.

Então haverá mais propriamente uma psychose associada, psychose hetero-toxica alcoolica com arterio esclerose cerebral ou syphilis cerebral.

A evolução do quadro morbido muito influirá no perfeito desbastar das duvidas quando por qualquer eventualidade escassearem os recursos de laboratorio ou fôr muito obscura a symptomatologia.

A pseudo-paralysia tende para a cura, ao passo que a verdadeira é incuravel.

Barbé, em Novembro de 1912, publicou no "Encéphale" um trabalho sobre a psychose allucinatoria tardia dos alcoolistas, em que ha um quadro clinico semelhante ao da fórma de Ballet, psychose allucinatoria chronica, differindo pela evolução em tres periodos: o primeiro, simplesmente allucinatorio, o segundo, em que ha além disto enfraquecimento mental e o terceiro, em que se installa a demencia. O mesmo raciocinio que se desenvolveu em relação á pseudo- paralysia geral, aqui se poderá estabelecer.

Póde haver uma psychose associada, typo clinico que Masselon muito bem descreveu, e constatar-se psychose alcoolica com delirio systematisado allucinatorio chronico, ou com eschizophrenia paranoide, ou com paraphrenia, ou com enfraquecimento mental adquirido, ou com decadencia senil.

As *investigações anatomo-pathologicas* têm revelado a existencia nos casos de alcoolismo de pachy-meningite hemorrhagica, meninges espessadas e infiltradas de serosidade, pequenas hemorrhagias esparsas pela substancia branca cerebral, alterações vasculares de localisação endarteritica e degeneração gordurosa dos vasos.

No *delirium tremens* ha frequentemente a adherencia da pia-mater á substancia cerebral e estase lymphatica accentuada.

As fibras nervosas se encontram espessadas, sendo frequentes os caracteristicos das neurites. O exame da medulla faz notar a atrophia das fibras do feixe de Goll.

Ducceschi e Barilari, escrevendo em Abril de 1918, na Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina Legal de Buenos-Ayres, um excellente artigo sobre a *pathogenia* da intoxicção alcoolica, demonstraram experimentalmente que a intoxicação alcoolica acarreta um augmento bem accentuado da cholesterina do sangue, o que constitúe o ponto de partida para explicar as lesões organicas que se seguem ao alcoolismo chronico. Demais, segundo Lemoine, a hypercholesterinemia representa a causa essencial da arterio-esclerose, o que bem esclarece o motivo pelo qual o alcoolismo chronico coincide frequentemente com a arterio-esclerose.

Sergio Soukhanoff, em trabalho que publicou em 1908, sobre a *psychologia pathologica* do alcoolismo individual, explica por meio da psychasthenia a genesis do ethylismo.

Muitos alcoolistas são realmente exgottados da vontade, mas não é isto o geral. Ha muito quem beba por prazer e a decadencia moral que em pouco tempo occorre, facilita a insistencia no uso do toxico.

Holzmann, no Archiv. für Psychiatrie, I, 1909, demonstrou que ha no alcoolismo má circulação sanguinea nos tecidos, compromettendo-os muito, verificando tambem diminuição da pressão sanguinea, augmento da frequencia do pulso e abaixamento da temperatura do corpo.

Tudo isto occorre para corroborar a convicção nos grandes maleficios que o abuso do alcool suscita.

E este maleficio se não faz sentir unicamente naquelle que nelle se excede, mas vai repercutir poderosamente na sua descendencia. E no alcoolismo esta é constituida por individuos profundamente degenerados, accentuadamente meiopragicos do systema nervoso, em que avultam os idiotas, os imbecis, os epilepticos, etc. Alexandre Kostitch, em sua interessante these, em Strasburg, em 1921, disse que a susceptibilidade particular do testiculo em relação á intoxicação alcoolica explica a influencia do alcoolismo sobre o individuo e sua descendencia. Debaixo da acção do alcool as cellulas seminaes desapparecem na ordem inversa de sua genesis.

A atrophia da glandula seminal e a esterilidade podem ser consequencia do alcoolismo. O testiculo contém mais alcool do que o figado.

Vê-se pois, que ou a procreação póde deixar de dar se, ou realiza-se em condições de meiopragia nervosa.

Na classica experiencia de Féré, em que fazia elle a impregnação por vapores de alcool de ovos collocados sob uma gallinha chóca, se verificava, nascerem verdadeiros monstrengos.

A quóta de doentes de psychose alcoolica é avultadissima no Hospital Nacional de Alienados.

Em trabalho que em 1901 escrevi sobre as causas de alienação mental no Brasil, apresentei uma estatistica dos alienados recolhidos ao Pavilhão de Observações do Hospicio, desde 1895 a 1900, em que se constata que de 3.949 entradas houve 1.257 casos de psychose alcoolica ou uma percentagem de 31%.

Além d'isso, ainda a avultar esta percentagem, é preciso que se medite ser ella apenas o coefficiente dos casos puros de psychose alcoolica e não abranger os que receberam outras rubricas diagnosticas, por não depender directamente do alcool o mal, de que padecessem, como os de arterio-esclerose cerebral, epilepsia, etc.

Mais tarde em trabalho que em 1909 escrevi sobre as causas de reinternação de alienados no Hospicio Nacional, apresentei uma estatistica, em que desde Maio de 1904 a Dezembro de 1907 houve 547 alcoolistas em 1.508 reinternados.

Numa estatistica do Dr. Roberto Duque-Estrada que abrange um periodo de 11 annos, vê-se que de 8.228 alienados recolhidos ao Hospicio Nacional houve 2.007 casos de alcoolismo ou uma percentagem de 24,42%.

Vê-se assim, bem documentadamente, como é forte a quantidade de alcoolistas.

Cotejando com o que em outros paizes se verifica, constata-se que lá o mesmo mal se encontra. Na Europa o problema tem preoccupado a attenção de notaveis scientistas que se incommodam não só com os effeitos directos do abuso do alcool, como tambem com sua acção indirecta, como factor poderosissimo de degeneração humana.

O Dr, Loiseau, auctor de uma bem elaborada these sobre o assumpto, lembra varias medidas repressivas, entre as quaes a tributação de impostos mais pesados sobre o consumo do alcool e a applicação de leis bem severas aos estabelecimentos de bebidas, Durante a guerra, quer nos Estados-Unidos, quer em toda a Europa, o problema mereceu cuidadosa attenção.

Particularmente nos Estados-Unidos, houve medidas severas e efficazes.

Assim é que se prohibiu expressamente a fabricação de bebidas alcoolicas e os amadores tiveram de se contentar com o que já havia feito, cujo *stock* naturalmente iria minguando cada vez mais.

Os alcoolistas lançaram mão de todos os recursos para frustrar a lei e os que dispunham de amplos meios financeiros, compravam logo muitas garrafas de bebidas alcoolicas que armazenavam em casa. Conseguiram depois que desapparecesse a lei secca e hoje lá se bebe de novo, á vontade.

Kirby, no Journal of the American Medical Association, de 16 de Abril de 1921, diz que as estatisticas demonstraram que havia nos Estados-Unidos, em 1913, 6 casos de psychose alcoolica em 100.000 habitantes, e em 1920, apenas 1,2 em 100.000.

Nos 13 asylos do Estado de New-York havia em 1914 10% de psychose alcoolica, ao passo que em 1920 apenas 11 % do total de alienados. Kraepelin verificou em Munich 15% em 1914 e em 1919 em que se bebia muito menos, apenas 3% de internados.

Boulenger assignala que na Belgica a percentagem era de 15 a 20% em 1914 e em 1922, desceu ella a 5,1%, depois da lei de 1919 que prohibiu a venda do alcool a varejo nos *cabarets*.

Sem o alcool e sem a syphilis, talvez, 80% dos loucos não existissem.

Surge a preoccupação de evitar que os fabricantes tenham colossaes prejuizos pecuniarios, como si não fôra mais logico que ao bem estar da communidade se sacrificasse a fortuna de meia duzia.

Quando num paiz qualquer não fôr possivel ter a mesma energia que nos Estados-Unidos se ostentou, será imprescindivel tributar fortemente as bebidas alcoolicas, pois muito difficil será a quem não fôr muito rico, pagar cada garrafa de cerveja, por exemplo, por tres ou quatro vezes o seu custo actual.

A campanha por meio de conferencias ou cartazes não adianta cousa alguma. A acção persuasiva se exgotta, logo que o individuo sahe d'ali e tudo volta ao mesmo estado.

O regimen que em 1865 se estabeleceu na Suecia, em Gothemburg, pelo qual uma sociedade beneficente teria

o monopolio da vendagem do alcool, não deu nem dará resultado.

O afan de tirar lucros para instituições de caridade, faria com que se diffundisse o abuso do alcool.

Uma medida importante seria a prohibição da venda a varejo do alcool, particularmente do de má qualidade. A facilidade de tomar paraty em pequenas dóses e associada a toda sorte de ingredientes nocivos representa um grande mal.

No Brasil, o competentissimo Prof. Dr. Ernani Lopes tem sido o pioneiro da campanha anti-alcoolica, por intermedio da Liga de Hygiene Mental, em que ha notaveis especialistas. A campanha tem sido de tal ordem que, mesmo sem auxilio accentuado de governantes, conseguiu que numa ultima estatistica no Hospicio se encontrasse uma reducção a 15 % de psychose alcoolica.

O Prof. Conrado Ferrer, de Cordoba, publicou em 9 de Abril de 1931, um optimo artigo sobre racção de convergencia, que fôra estudada por Schilder de Nova York, em que se assignala que quando uma pessôa normal estende os braços paralellamente, com os olhos fechados, e procura mantel-os tranquillos, ha uma tendencia a affastal-os (reacção de divergencia).

Nos casos de alcoolismo ha, pelo contrario, tendencia a approximar. A reacção da convergencia desapparece, logo que a cura se dê.

O signal de Quinquaud serve tambem para a diagnóse: mandar que o doente fique com os dedos estirados, ou com um papel sobre os dedos, ou sobre a palma da mão, e verificar-se o intenso tremor fibrillar.

Runge assignalou em 1924 que quando um individuo estiver alcoolisado, ha quasi sempre um *nystagmo rythmico*, quasi sempre horizontal, ás vezes vertical, nas direcções extremas do olhar frequentemente associado a uma paresia dos mavimentos conjugados de lateralidade, muitas vezes a uma paresia de convergencia e á perturbação das reacções pupillares á luz e á convergencia.

O *diagnostico differencial* do alcoolismo é relativamente facil.

Ha a referencia á ingestão habitual de alcool e quando isto seja escondido, ha o tremor fibrillar da lingua e extremidades digitaes, o delirio onirico com allucinações de caracter terrorista, em que o individuo vê onças, leões, etc., que investem contra elle. Ha demais as paresthesias,

em que o doente sente formigas a lhe subirem pelas pernas e braços, em que lhe parece que teias de aranha o envolvem.

Na psychose alcoolica ha muitas allucinações, particularmente da vista. Na psychose maniaco-depressiva ha illusões e raramente allucinações. Na eschizophrenia ha a perda da affectividade e da iniciativa e associação extravagante de idéas.

Nas psychoses infecciosas e auto-toxicas ha o delirio onirico, mas não ha allucinações de caracter tão terrorista, não ha visão continuada de animaes ferozes, etc.

Ponto de vista importante é a *questão medico-legal.*

Um individuo pratica um crime e depois, pessoalmente, ou por intermedio de seu advogado, affirma que no momento estava embriagado.

Si a declaração se dá pouco tempo depois do crime, póde-se fazer a *pesquiza de alcool no sangue.*

O methodo de Nicloux, de Straburg, emprega uma solução de bi-chromato de potassio que se junta ao sangue a ser examinado. Depois se addiciona acido sulfurico, gotta a gotta, formando-se sulfato de chromo que augmenta com a quantidade de alcool existente, tomando o liquido uma côr que varia do verde pallido amarellado até o verde azulado e, finalmente, azul. Ha um padrão colorimetrico que determina a percentagem.

O maximo de proporção de alcool no sangue se encontra no fim de hora e meia.

A eliminação é completa no fim de sete horas. No cadaver a proporção fica fixa por muito tempo. Si já houver putrefacção, deve-se distillar em presença de trinitrophenol e, depois, de carbonato de sodio.

Para avaliar a percentagem de alcool obtida em relação ao peso do corpo, deve-se accentuar que de 1 a 2cc^3 de alcool por kilo de peso do corpo não bastam para produzir uma verdadeira embriaguez, 3cc.^{3} já a provocam, de 4 a 6 cc^3 já ha uma intoxicação profunda e com 10 cc^3 já se verifica anesthesia completa. De accôrdo com o Prof. Balthazard, o estado de intoxicação se produz com a ingestão de3 ou mais cc^3.

Depois da ingestão de 2 a 3 cc^3 por kilo de peso, as pessoas não habituadas ficam em estado anormal, capazes de commetter actos anormaes.

Si uma pessoa praticou um crime e allega que o fez, dominada por uma intoxicação alcoolica, o exame do alcool no sangue dirá si é ou não verdade.

Sob o ponto de vista de *alcoolismo e criminalidade*, o Dr. José de Moraes Mello, assistente da Penitenciaria de S. Paulo, fez uma excellente conferencia na Academia Nacional de Medicina, em 20 de Outubro de 1927. Citando o muito pranteado e competente Dr. Severiano Lessa, mostrou que no Brasil ha um consumo de 2, 40 %de alcool por habitante, tornando o nosso paiz um dos maiores consumidores do mundo.

O Dr. Moraes Mello apresentou estatisticas interessantes. Mostrou que até 1925 tinham passado pela Penitenciaria 1.400 individuos, auctores de crimes de natureza varia, dos quaes 99, 13% eram alcoolistas.

Destes, 45, 10 % commetteram o crime em estado de embriaguez.

Lembrou que na Suecia, 85 % dos assassinatos são praticados por individuos embriagados, na França, 63 %, na Russia, 61 %, na Suissa, 72 %.

Assignalou que dos 1400 presidiarios de S. Paulo, apenas 12 eram abstemios, isto é, 0,85 %. Dos criminosos, 81,12 % tinham antecedentes alcoolicos nos progenitores.

De 414 presidiarios que praticaram o crime em estado de intoxicação alcoolica aguda, 396 tinham antecedentes alcoolicos paternos e 229, de ambos os genitores.

De 156 loucos ou anomalos mentaes que passaram pela Penitenciaria de S. Paulo, havia apenas um unico abstemio, 99, 36 % de alcoolatras.

De 400 presidiarios reincidentes havia apenas um abstemio.

Nos Sabbados e Domingos, dias em que mais se bebe, houve nos crimes 100 % de alcoolatras nos sabbados, 99, 67 %nos domingos.

O *tratamento* da psychose alcoolica consiste na reclusão em um estabelecimento para psychopathas, em que não haja a facilidade de reincidir no alcool. Deve-se supprimil-o bruscamente e é um erro permittir o uso de pequenas dóses a se deshabituar.

No primeiro dia póde-se administrar um purgativo assim formulado:

Agua fervida	100 grs.
Xarope de hortelã	50 grs.
Sulfato de magnesia	35 grs.

Tome em duas dóses.

Depois, dar-se-ha uma poção com extracto gommoso de opio, na dóse de 5 a 10 centigms. diarios.

Por exemplo:

Julepo Gommoso	150 grs.
Extracto gommoso de opio	25 ctgrs.

Tome 2 colheres de sopa por dia.

Demais, magnesia fluida com bi-carbonato de sodio e tinturas amargas.

Póde-se dar tambem com vantagem o extracto fluido de Capsicum annuum, na dóse de 20 centigrs. a 1 gr. diaria que uso systematicamente, com optimo resultado, nos meus doentes.

HermanHoppe, de Cincinnati, aconselha no *delirium tremens* fazer sempre uma puncção lombar, de que resultará baixa de pressão do liquor, no caso sempre hypertenso. Frisa a vantagem do purgativo de sulfato de magnesia. de gottas de tintura de digitallis e noz vomica e alcalinos.

Si ha delirium tremens, receito poção de Todd que é alcoolisada, com digaleno, citrato de sodio e acetato de amoniaco, além de injecções de cardiazol. E' caso, em que convém sempre dar um pouco de alcool.

Pagniez e Chaton, na Presse Médicale de 28 de Fevereiro de 1931, preconisaram o uso de injecções de estrychnina em altas dóses. Aconselhou injecções de 2 milligrammas de estrychnina de tres em tres horas, ou mesmo de duas em duas horas, indo, ás vezes, a um total de 16 milligrammas nas 24 horas. Luton diz que é ella um verdadeiro especifico do alcoolismo.

Pagniez e Chaton dizem que em qualquer outro doente agitado, ella excita, e no alcoolismo, não.

Contrario como sou ao abuso da estrychnina, não tenho observação pessoal deste methodo de tratamento.

Donoso Gaete, em artigo publicado em 1929 na Revista Latino Americana, aconselha a *auto-hemotherapia*. Manda empregar o Methodo de Puelma, em que se tiram 5 cc^3 de sangue de uma veia e se injectam immediatamente depois, debaixo da pelle, repetindo-se a injecção de 8 em 8 dias.

Bodart, nos Archives Médicales Belges, de Setembro de 1933, preconisa injecções de 2 centigrammas de *chlory-*

drato de emetina, ás vezes diarias, outras vezes, duas ou tres por dia. Fal-o durante quatro semanas. Addiciona, ás vezes, uma série de injecções de 1 milligramma de estrychnina.

O tratamento é contra indicado em velhos e cardiacos. Serve para curar e fazer enjoar o alcool.

Katzman, em 1931, aconselhou a *urotropina* em injecções.

Toulouse preconisa injecções de 24 cc³ de *serum tirado de cães alcoolisados* com alcool ethylico.

Prescrevo para evitar que o individuo continúe a beber, injecções de *sôro anti-alcoolico* do Laboratorio Paulista, em que se fazem injecções de um sôro do mesmo feitio, mais ou menos, que o de Toulouse, e a *auto-hemotherapia* pelo methodo do Dr. Julio Lopez Lomba, exposto na Revista Medica Latino Americana, de Fevereiro de 1933, em que se tiram 10 a 20 cc³ de sangue do proprio doente e se injectam, logo depois, debaixo da pelle do ventre, fazendo isto tres vezes por semana.

Fazem-se, em média, de 10 a 15 injecções.

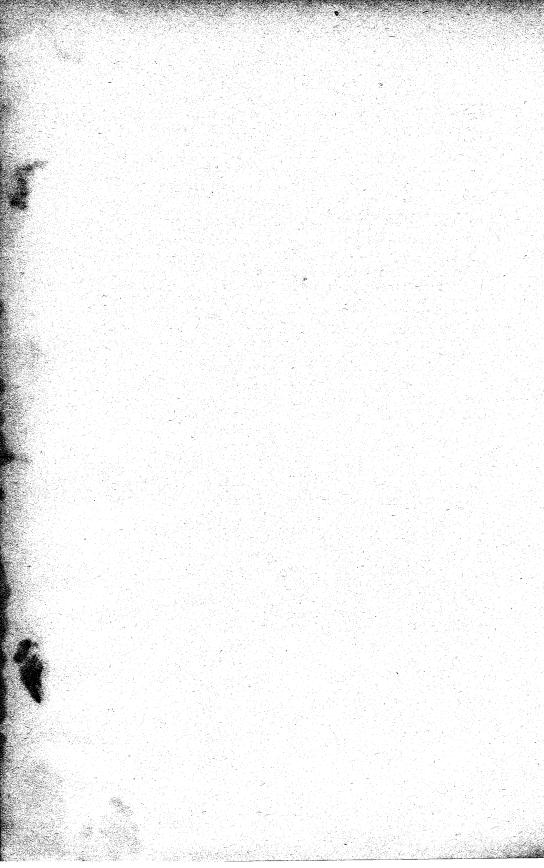
Surge aborrecimento pelo alcool, frequentemente depois da terceira injecção, bem como nauseas, vomitos, tristeza, sêde que não melhora com bebida alcoolica.

Depois das 15 injecções, deve-se espaçar um mez e fazer outra série de 10 injecções.

Tenho utilisado tambem, com bom resultado, outro methodo de auto-hemotherapia, o de Grimaldi, em que se fazem 15 injecções, de 5 a 15 cc³, começando-se por 5 cc.³ augmentado 1cc.³ cada vez e fazendo em dias alternados.

Como os melhores recursos de prophylaxia anti-alcoolica, entendo a educação anti-alcoolica nas escolas e a tributação alta das bebidas alcoolicas.

São igualmente uteis as duchas escossezas.

Será frequentemente necessario prestar attenção a que o figado e os rins funccionem bem, o que não raro se antolha solução valiosissima a corrigir a excitabilidade psychica.

TOXICOMANIAS DIVERSAS

OPIOMANIA. COCAINOMANIA. ETHEROMANIA. DIAMBOMANIA. HASCHISCHISMO. KAWA-KAWMANIA. IAGÊMANIA, *etc.*

OPIOMANIA

MORPHINOMANIA

No grupo das psychoses hetero-toxicas é collocada pela classificação da Sociedade Brasileira de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal a morphinomania.

Mais rigorosamente falando, dever-se-hia dizer opiomania, pois o termo abrangeria todos os preparados do opio e muitas vezes se não trata unicamente do abuso da morphina, e sim da heroina, pantopio, dionina, ou sedol, ou mesmo exclusivamente de um destes.

No entanto, por ser o mais commum o abuso da morphina, todos os auctores a este se referem, sendo que quasi todas as observações clinicas a este se applicam. E' justamente por este motivo que destaco o termo *morphinomania,* assignalando tambem a *heroinomania, sedolomania,* sendo que os effeitos são sempre os mesmos em qualquer delles *pantopiomania eucodalomania* ou *dioninomania.*

A *morphinomania* significa a paixão pela morphina, o emprego habitual deste alcaloide.

Morphinismo quer dizer simplesmente abuso de morphina e seus effeitos.

Quem tomar accidentalmente uma dóse forte de morphina, terá os accidentes toxicos disso decorrentes, mas não será um morphinomaniaco.

Quem, porém, no vicio insistir e por elle se apaixonar, será um morphinomaniaco. E' claro que quem tiver mor-

phinomania, terá tambem morphinismo, mas nem todo aquelle que tiver morphinismo, será morphinomaniaco.

Em geral, um individuo torna-se morphinomaniaco por culpa de um medico que lhe fez uma injecção de morphina por causa de uma simples nevralgia. O allivio foi instantaneo, o bem estar foi sensivel, e, em pouco tempo, pelo mais insignificante nonada quer o individuo que se lhe repita a injecção.

Mórmente nos degenerados, nas pessoas de predisposição psychopathica, nos debeis da vontade, a paixão pelo toxico não custa a se installar.

Frequentemente, quem tomou uma ou duas injecções de 1 centigr. de morphina, para aplacar uma dôr, carece de tomar na terceira injecção 1 centigr. e meio, para que nitido se antolhe o allivio. Dahi vem o grande mal das dóses crescentes, em que os morphinomaniacos attingem ás cifras phantasticas de 2, 3 e mais grammas de morphina.

Commummente, observando o medico o vicio, em que cahiu o doente, evita repetir as injecções, mas o proprio doente as administra por si mesmo.

Consequencia obvia de tal é a frequencia de abcessos.

Mais censuraveis são ainda aquelles medicos que para remover insomnias ou estado de ansiedade neurasthenica, não hesitam em fazer injecções de morphina que por tantos outros preparados poderiam ser vantajosamente substituidos.

Na decadencia social que se accentúa, ha muito quem tome morphina ou qualquer dos outros preparados de opio, por simples dilettantismo ou imitação. São individuos *blasés,* inveterados nos vicios, que buscam sensações novas e ao toxico se entregam, em procura do bem estar e dos sonhos fagueiros de que ouviram falar.

Kraepelin assignala que na Allemanha ha uma grande percentagem de medicos morphinomaniacos. Aqui tal se não verifica, predominando o vicio entre as cocottes e os rapazes elegantes e desoccupados.

Ha paizes, em que o abuso do opio attinge a proporções phantasticas: assim, no relatorio de Freyberger se verifica que nas Indias 5 a 7 % dos habitantes tomam diariamente de 2 a 6 grammas de opio, e que nas crianças 60 a 90 % em dóses menores delle usam, emquanto amamentadas, o que vai, extravagantemente, até 5 annos.

Thomaz de Quincey chegava a tomar 200 grs, diarias.

No Brasil vai crescendo assustadoramente a toxicomania, contra a qual a acção prophylatica da policia tem

sido impotente, pois ás escondidas, por preços elevadissimos, entregando joias em troca de caixas de morphina, por exemplo, insistem doentes no seu habito morbido,

O grande perigo do opio é a euphoria que logo depois do seu uso se nota. As dôres desapparecem inteiramente, cessa a ansiedade e vem uma sensação de bem estar extraordinaria. Tudo se affigura ao viciado no melhor dos mundos e um optimismo fagueiro o acalenta.

Ha uma excitação ideo-affectiva, com um torpôr muscular muito agradavel. O individuo encara com mais sympathia pessoas e cousas que o circumdam, e sente que as idéas alegres lhe acodem mais rapidamente No fim de pouco tempo occorre uma somnolencia mais ou menos accentuada, da qual o individuo vem a despertar, mal humorado e abatido. Frequentemente se notam nauseas e vomitos que destróem a felicidade que o inicio da morphina parecia fazer experimentar. A morphina determina mais facilmente vomitos que os outros alcaloides do opio, mas tudo o quanto a estes se refere, a ella se póde applicar. Tendo aquelle que reincide no uso da morphina, necessidade de recorrer a uma dóse mais forte, para que o allivio se antolhe nitido, deriva dahi o effeito physiologico do morphinismo ou antes effeito pernicioso delle, na expressão do competentissimo Prof. Pedro Pinto que diz que em nenhuma circumstancia haveria effeito physiologico da morphina.

Surge a acção nociva de uma dóse toxica, a que o doente, então morphinomaniaco, recorra, para que não sinta uma afflicção extraordinaria.

O individuo que se habitua a uma certa dóse de morphina, por exemplo, sente, logo que a supprima, *symptomas* chamados de *abstinencia.*

Estes se caracterisam particularmente por um accentuado mal estar. O. Forel, em optimo trabalho de Novembro de 1931, disse acreditar que neste caso haja a ruptura de um equilibrio humoral secundario, de uma verdadeira symbiose toxica que no organismo se formára.

Nishigishi, em 1927, estudou o metabolismo basal nestes casos e verificou que havia augmento do metabolismo e, portanto, hyperfunccionamento da thyreoide.

Forel disse que todos os toxicomanos são *thymosados,* chamando *thymoses* ao *Affekt* e *Konfliktneurosen* dos auctores allemães.

Frisa elle que em qualquer toxico-psychose o organismo inteiro é interessado e além do systema nervoso ha

sempre disturbios hepaticos, circulatorios, etc. O typo pycnico seria o mais predisposto a toxicomanias.

Maier assignala forte proporção de psychopathas constitucionaes entre os toxicomanos.

Segundo Marmé, quando ha a morphinomania, constitúe-se no organismo, á custa da morphina, a oxymorphina que lhe faz um grande mal, embora seja até certo ponto a morphina, antidoto deste veneno.

Para que o organismo possa corrigir a acção da oxymorphina, carece de crescer nas dóses de morphina, e ao passo que vai minguando a sua acção como antidoto da oxymorphina, vai persistindo apenas a sua capacidade creadora deste veneno.

Esta razão de ser do mal que deriva do abuso da morphina, não é acceita hodiernamente por todos os auctores, e justifica-se a interpretação contraria pela acção calmante que nos morphinomaniacos exercem outros remedios que os curam e não destróem a oxymorphina. O mal que a morphina causa ao organismo, tem sido bem estudado pelos auctores modernos. O morphinismo determina frequentemente anemia bem accentuada.

Binz considera ser ella um grande veneno do coração e Erlenmeyer constatou ser causadora de insufficiencia cardiaca e abaixamento notavel de tensão arterial.

Benzold verificou que após o periodo inicial e transitorio de excitabilidade cerebral, ha grande torpôr physico e muscular. Como Meyer assignalou, é um verdadeiro veneno dos nervos e se póde comparar á tetanotoxina que se diffunde pelo protoplasma dos nervos e vai actuar unicamente sobre a região motora da medulla.

Ehrlich chegou a achar que a morphina se combinava com as substancias lipoides cerebraes, como a cholesterina e lecithinas, determinando uma verdadeira impregnação toxica.

Tschisch verificou em experiencias em cães que se formava uma myelite chronica.

Merakowsky constatou que a chromatina se achava em massas granulosas e pulverulentas e que o feitio do nucleo se modificava.

Jastrowitz, contestando a significação desta ultima pesquiza, diz que o que se póde apurar bem, é que ha uma alteração da substancia parda medullar, particularmente das fibras sensoriaes.

Loewy demonstrou experimentalmente a diminuição da acção do centro respiratorio bulbar.

Respira-se muito vagarosa e profundamente e quando num envenenamento tal se constatar e duvidas surgirem, dever-se-ha pensar em morphina.

Guinard demonstrou que a morphina estimúla o centro do vomito e Claude Bernard observou que fazia cessar o peristaltismo intestinal.

Kleine provou que a morphina difficulta a digestão gastrica. Guinard demonstrou que dóses muito pequenas podem augmentar um pouco o peristaltismo intestinal mas ás dóses maiores sempre o supprimem.

Marmé e Diedrich encontraram no sangue, no figado, nos pulmões e nos rins de cães envenenados pela morphina, uma substancia identica á oxydimorphina de Polstorf. Fórma-se ella á custa do oxygenio do ar, nos pulmões, dando, si injectada, a mesma symptomatologia que caracterisa a abstinencia brusca da morphina.

Harrington, examinando urinas de um individuo que tomava 1 gr. de morphina cada dia, não encontrou este alcaloide nas urinas.

Du Mez, em excellente trabalho publicado no "Journal of Medical Association", de 12 de Abril de 1919, demonstrou que grande parte da morphina absorvida é destruida no proprio organismo. Cloetta já verificára que havia uma combinação estavel com a substancia parda das cellulas cerebraes. A localisação no systema nervoso retinha a morphina, a transformava e prejudicava muito este.

Albanese verificou que o figado destruia uma grande parte da morphina.

Gioffredi assignalou a analogia entre a immunidade pelas vaccinas e pelo opio e disse que se fórma no organismo uma substancia antitoxica, a anti-morphina, que neutralisa os effeitos nocivos da morphina.

A' medida que dóses maiores vão sendo destruidas ou fixadas nos tecidos, particularmente nas cellulas nervosas, cresce a resistencia destas que se vão habituando ás dóses crescentes e reagindo contra ellas. Assim se poderá interpretar o facto de não morrerem pessoas que tomam dóses colossaes de morphina, a que se habituaram, tendo, porém, sempre, a capacidade de resistencia um limite que não poderá ser impunemente transposto.

Pettey, em 1913, aventou uma theoria, em que diz que o abuso do opio acarreta a formação de toxinas de origem autogena e intestinal que suscitam uma grande irritação das cellulas nervosas, a qual é, em ultima analyse, a cau-

sa do mal estar que só cessa quando se augmenta um pouco mais a dosagem, entorpecendo então o systema nervoso.

Du Mez, synthetisando o que ha sobre a acção da morphina, disse que ha no serum sanguineo de cães morphinisados a formação de substancia ou substancias que injectadas em animal da mesma especie, provocam phenomenos inteiramente semelhantes aos que se notam em quem faz suppressão brusca da morphina.

Nas fézes quasi se não encontra a morphina e como as urinas tambem não a revelem, claro está que ella em algum ponto ficou ou se transformou.

E si o organismo resiste, é isto mais uma prova da lei do habito que diz que si os elementos do systema nervoso são submettidos á acção reiterada de um dado estimulo, se tornam menos sensiveis a elle, excepto si este crescer ou si modificar.

Habituado a só se sentir bem quando se acha debaixo da acção do opio, recorre o morphinomaniaco a todos os recursos, para que elle não falte.

Si se trata de um individuo que é dono de casa ou que tem pessoas que delle dependam, não conseguirá o medico que elle deixe de comprar o toxico. E' este o motivo, por que entendo ser inutil qualquer tratamento, em que se não incorpóre o isolamento em uma Casa de Saúde, lugar em que as determinações do medico poderão ter predominio pratico sobre as deliberações do doente.

O morphinomaniaco tem um aspecto clinico que faz com que á primeira vista se suspeite ser elle um toxicomaniaco. Fóra mesmo do periodo em que soffreu a applicação recente de uma injecção, a physionomia é a de quem estivesse com somno e cansado. A pelle se apresenta secca, amarellada, recebendo de quando em vez ondas de suor viscoso e frio.

Cicatrizes de pequenos abcessos se deparam frequentemente, testemunhando o local de injecções mal feitas. Manifestações de eczema, herpes ou acné se verificam, a demonstrar o effeito sobre a pelle da má nutrição do organismo.

Frequentemente, ha um pontilhado hemorrhagico que resulta da ruptura de capillares, quer consequencia de quedas, quer de modificações da crase sanguinea ou da parede dos vasos.

Muitas vezes ha palpitações, angustia precordial, coincidindo com o pulso frequente e arythmico. Estes phenomenos se incrementam, si o individuo passou algum tem-

po, sem que tomasse morphina ou se lhe désse um correctivo.

Ha muitas vezes edema sub-palpebral ou malleolar.

Levinstein fala numa febre intermittente dos morphinomaniacos, mas parece que lhe não assiste razão e quando tal succeda, é isto o resultado de qualquer toxemia outra intercurrente.

Coincide isto muitas vezes com a diarrhéa que nelles é foreira. Alterna tambem ella, ás vezes, com a constipação.

A bocca fica muito secca.

Ha muita sêde e si se trata de um fumante, excede-se elle neste outro vicio nos intervallos.

Ha em geral falta de appetite e máu gosto na bocca.

A's vezes escassêa a urina; ás vezes, ha espasmos vesicaes.

As pupillas se apresentam frequentemente punctiformes, com uma reacção muito morosa.

Os reflexos rotulianos se ostentam exaggerados.

Cousa interessante é que o morphinomaniaco custa muito a espirrar ou bocejar.

Ha uma diminuição progressiva da capacidade sexual. Rosenthal chegou em alguns casos a verificar a não existencia de espermatozoides.

Nas mulheres, as irregularidades de menstruação representam um facto muito commum.

Os Profs. Adauto Botelho e Pernambuco Filho, no seu excellente livro "Vicios Sociaes Elegantes", assignalaram casos de dysmenorrhéa e de amenorrhéa, notando-se que tudo passa quando se tira o toxico.

Sob o ponto de vista psychico, tudo sossobra deante do interesse maior de fazer a sua injecção. Chegado o momento em que della sente a necessidade imperiosa, a nada mais attende, e abandona familia e occupação, a ir reintoxicar-se. Não ha distracções que a façam olvidada. Representa uma idéa obsessiva intensissima. A situação moral é de tal ordem, que um medico morphinomaniaco dizia — sem morphina não podia viver e com morphina não queria viver. Demonstra isto bem a irresolução, em que se debatem estes doentes, que, ás vezes, chegam a recorrer ao suicidio.

Nem sempre, porém, é isto o que se verifica no morphinomaniaco que morre depois de ter feito uma injecção. As vezes, não houve a idéa de se matar e sim o effeito de uma dóse um pouco mais forte, mais venenosa, quando o

individuo imaginava que lhe não fosse nociva. A Assistencia Publica tem tido, não raro, o ensejo de soccorrer individuos nessas condições, em cujos antecedentes nunca se lobrigára essa idéa de suicidio.

A falta de energia volitiva domina o quadro clinico e, muitas vezes, o individuo sente que o vicio lhe faz um grande mal, mas confessa que se não sente com forças, para que delle se liberte.

O mal estar que experimenta, quando delle se priva, e o bem estar que se lhe antolha quando nelle se engolpha, representam factores que explicam a hesitação, em que se debatem os doentes.

Não basta dizer a elles que deixem o vicio que lhes fará muito mal. Disto muitos delles estão convencidos como qualquer de nós. E' indispensavel, porém, que com a suppressão se não sintam mal e que um calmante lhes seja propinado, a supprimir a falta do opio.

Quando se não compensa por esta fórma a falta da morphina, ha um mal estar que póde attingir a uma extrema ansiedade.

São os *phenomenos de abstinencia.*

Ha então um desequilibrio neurotonico, com predominio sympathicotonico, invertendo-se o reflexo oculo-cardiaco, havendo o phenomeno da horripilação e dôres precordiaes, com angustia e agitação psychica. Sollier e Morat assignalaram isto.

Si a abstinencia continuar, haverá pulso lento, baixa de tensão arterial, sensação de aperto no peito, crises asthmatiformes, sensação de frio interno, hyperchlorhydria, suores diffusos, scialorrhéa, vomitos, diarrhéa intensa, colicas, etc.

Wuth é de opinião que no uso continuado da morphina esta excita o vago e inhibe o sympathico. Berurdun demonstrou ser a morphina um medicamento da cenesthesia, diminuindo a sensibilidade do systema neuro-vegetativo.

O Prof. Pernambuco Filho constatou o reflexo oculo-cardiaco positivo ou augmentado. No seu bem elaborado livro sobre Estudos Medico-Sociaes das Toxicomanias, assignalou este que, ás vezes, algum tempo depois do individuo já ter ficado curado da toxicomania, ha o que elle chama *crise paradoxal ou tardia de abstinencia,* em que surgem todos os symptomas de falta do toxico, do que se denomina *necessidade oital,* cujos caracteres já referi linhas atraz.

O eminente Prof. Gregorio Bermann, no seu excellente livro — Toxicomanias — descreve tambem estes casos.

O individuo fica afflictissimo, grita, desespera e rasga as vestes.

Muitas vezes apparecem bocejos repetidos, coryza, crises de lagrimas, nevralgias esparsas, espasmos multiplos, palpitações, nauseas, etc.

O mal estar lembra muito a sensação de enjôo de quem está a viajar e appellou-se na genesis do caso, igualmente, para modificações da pressão arterial.

E' frequente observar crises hystericas ou mesmo epilepticas.

Crises transitorias de confusão mental, com allucinações e vagas idéas persecutorias; são tambem constataveis.

O coração tambem se ressente e Levinstein se refere longamente aos ataques cardiacos, em que surgem crises de collapso, ficando demoradamente irregular e filiforme o pulso.

Apparece, por vezes, intensa albuminuria, sendo que muito mais raramente se constata a glycosuria.

Para que se evitem todos estes phenomenos que dependem da suppressão brusca da morphina, é que me parece mais acertado seguir no tratamento dos morphinomaniacos o methodo da reducção gradual e progressiva.

Ha tres methodos de tratamento dos morphinomaniacos: o da suppressão repentina e completa ou de Christison — Levinstein; o da diminuição lenta e progressiva ou de Burkart; e o da rapida ou de Erlenmeyer.

Não uso o primeiro, porque não é muito prudente, acarretando ao doente grandes afflicções e podendo trazer o collapso.

Quanto ao segundo, é um methodo, em que o medico condescende demais com o doente.

Si o individuo tomava 30 ctgrs. diarios de morphina, tomará 29 no dia seguinte, 28 no outro, 27, 26, etc., e assim successivamente.

E' um processo muito timorato, no qual muito difficilmente se conseguirá a abolição do vicio.

O melhor methodo é, a meu vêr, o de Erlenmeyer.

Reduz-se a dóse á metade, logo no começo.

Si o individuo usava 30 ctgrs., passará a tomar logo no dia seguinte 15 cents. e d'ahi vai diminuindo vagarosamente, de 1 em 1 centigr. N'esta reducção sou um pouco mais activo e supprimo 2 a 3 ctgrs. cada dia.

A supressão por este processo não será inteiramente innocua, mas emprego um pouco de xarope de chloral com sulfato de esparteina, a compensar a falta do opio.

Dir-se-ha que se substitúe um toxico por outro, mas convém ponderar que n'aquelle o habito é menos commum e mais facilmente removivel. No entanto, o uso do chloral só deve ser aconselhado, emquanto estiver o doente muito afflicto.

O uso de outras injecções de opio, a substituir a morphina, é muito máu. O individuo deixará de ser morphinomaniaco e se tornará heroinomaniaco ou sedolomaniaco, quando se não constituir uma victima desses toxicos associados.

Receito com muito bom resultado, o *extracto fluido de herva botão,* na dóse de 2 a 8 grs., diarias. Associo-o ao xarope de chloral quando ha afflicção forte.

Emprego com vantagem, injecções diarias de lipocerebrina Chevretin, a restaurar a energia nervosa do toxicophilo. Tambem receito com vantagem o extracto fluido de Combretum sundaicum, na dóse de 1 a 3 grs. diarias.

Klee e Grossmann obtiveram resultados vantajosos com o uso de injecções de cholina.

Lambert aconselha hyperpurgação, substituição e psychotherapia. O medico hespanhol Rodriguez Vera utilisa o methodo, dando calomelanos em dóse massiça, fazendo a substituição por uma associação de tinturas de belladona, gelsemium, meimendro e xantoxyl e ficando muito tempo ao lado do viciado, a lhe dar bons conselhos.

Wolff, de Berlim, preconisa injecções de insulina e glycose. Adolpho Hirsch em 1928, preconisava unicamente injecções de 50 cc^3 de solução de glycose a 50 %.

Anton e Jacob receitam 10 unidades de insulina, tres vezes por dia, e 50 grs. de glycose, diariamente, por via gastrica.

O Prof. Mira preconisa o achanol que é uma mistura de berberina e helenina, antes de 15 grs. diarias de bicarbonato de sodio.

H. Ripke, no n.° 50 do Deutsche Medizinische Wochenschrift, de 1927, utilisou nelle mesmo, viciado no opio, a narcose prolongada durante 120 horas, sendo que a eliminação completa dos opiaceos exige cerca de 110 horas. O doente é collocado em somno profundo pelo proprio opiaceo, durante cinco dias em seguida, interrompendo-se para dar alimento, desembaraçar o intestino, etc. Diz elle

que quando chega a despertar completamente, já não tem o vicio.

Os eminentes Profs. Nerio Rojas e Belbey, de Buenos Ayres, em Julho de 1926, apresentaram ao 3.° Congresso Nacional de Medicina um methodo de tratamento por meio de injecções de meio milligramma a um milligramma de adrenalina, varias vezes por dia.

Os Profs. Adauto Botelho e Pernambuco são partidarios do methodo de Erlenmeyer e utilisam tambem sulfato de sodio, magnesia com urotropina, injecções de esparteina, de valerianato de atropina ou de luminal sodico.

Alexandre Lambert, em 14 de Março de 1931, receita uma poção amarga com codeina.

O. Forel aconselha o luminal ou o dial ou a escopolamina, cholina ou somnifenio, no momento das afflicções.

Na Presse Medicale, de 12 de Dezembro de 1934, Dupoúy e Delaville recommendam o tratamento das toxicomanias pela *emulsão de lipidios vegetaes*.

Emprega-se uma emulsão no serum physiologico de lipidios vegetaes e de phospho-aminolipidios (oleo de olivas e de ricino 8 partes, disteroglycerophosphato de cholina 0,9 partes e serum physiologico quantidade sufficiente para 100). Esta emulsão é utilisada por via intra-muscular na razão de 5 injecções de 5 cc³ cada dia e se lhe associa a insulina, 30 unidades por dia em duas dóses.

Juntam-se tambem hypnoticos, cardiotonicos, etc. conforme a necessidade, em cada caso.

Aconselham cinco dias de injecções, seis no maximo. Dizem que em menos de uma semana os doentes ficam curados. Quando no decurso do tratamento a afflicção é muito grande, recommendam o gardenal, si o coração enfraquecer, o ouabaina e oleo camphorado; si a urina escasseiar o scillarenio, si houver vagotonia, ephredina; si sympathicotonia, geneserina.

Em trabalho de Julho de 1935, o Prof. Rogelio Carratalá, de Buenos Ayres, mostrou no tratamento de toxicomanias que se colhem grandes resultados com o emprego da auto-sôrotherapia com sôro de vesicatorio. Colloca-se um caustico e depois que se fórma a bôlha puncciona-se, tira-se o liquido que se injecta no doente. O vesicatorio que é no caso um emplastro com cantharidas, de 6 a 8 centimetros quadrados, fica collocado durante 15 a 20 horas. A phlyctena contém um liquido de reacção alcalina. Injectam-se, geralmente, de 2 a 10 cc.³ de liquido

phlyctenar. Não ha acidentes, não sendo porém, prudente fazel-o em quem soffra dos rins.

Todos estes recursos devem ser associados ao isolamento em uma Casa de Saúde, para que se fiscalise o tratamento e se consiga subordinar completamente a vontade do doente á dos que têm a missão de o curar.

COCAINOMANIA

Chama-se *cocainomania* a tendencia impulsiva para abusar da cocaina, ao passo que como *cocainismo* se significa apenas o effeito do uso de dóses fórtes de cocaina.

O cocainismo póde ser um phenomeno accidental, dependente de um engano pharmaceutico ou do uso demasiado de uma fórmula medica, em que esse alcaloide se contenha. Claro está que póde haver cocainomania, mas esta não póde haver sem aquelle.

Alguns auctores significam como cocainomania o habito morbido de tomar injecções de cocaina. Não ha tal.

Ao contrario do que occorre com a morphina, raramente quem abusa da cocaina, se serve de injecções hypodermicas.

Ha frequentemente a inhalação ou a applicação local.

Em geral, o habito morbido se estabelece depois que um medico especialista receitou inhalações de cocaina para remover uma coryza persistente, ou depois de haver um dentista feito nas gengivas uma demorada fricção de cocaina, para consegir anesthesiar um dente, de que deveria tratar.

O bem estar que o individuo experimentou, fez com que mais tarde, sem que já houvesse necessidade da cocaina, della viesse de novo a usar.

Da mesma fórma que succede com a morphina, ha individuos que resistem mais á pratica abusiva do alcaloide, do que outros. Os que descendem de hystericos, neurasthenicos, epilepticos, etc., são mais propensos a crear o habito morbido. E' a questão da meiopragia nervosa que faz com que a toxicomania se installe facilmente.

Antigamente o abuso da cocaina se dava pela mastigação das folhas da coca, pratica de que ainda se servem algumas tribus indigenas. Facto curioso é que no Perú, em que abundam as folhas de coca, se abusa muito menos da cocaina do que em Paris, em que só se encontra o alcaloide.

Lá, a cocainomania tem crescido extraordinariamente. Aqui, no Rio de Janeiro, o vicio vai crescendo muito, particularmente no meio das cocottes e individuos desoccupados. A venda clandestina é feita em certos botequins de zonas suspeitas, a pêso de ouro, muitas vezes em troca de pulseiras e anneis de grande valor. Ha uma verdadeira exploração, com que se conformam as victimas desatinadas deste impulso morbido.

Tal é o verdadeiro desespêro, em que fica o cocainomaniaco quando deseja obter o alcaloide da Erythroxylon coca.

Quando o individuo se serve da cocaina pela via nasal, ou a applica directamente por uma branda fricção na mucosa do septo, ou a mistura com um pouco d'agua e a inhala.

A' força de friccionar reiteradamente a mucosa nasal com a cocaina, occorre muitas vezes uma perfuração do septo, que dá ao doente um aspecto de quem tenha uma ulceração syphilitica.

Isto se verifica muitas vezes, sendo conveniente notar que a perfuração se installa traiçoeiramente, sem que seja precedida por dôres, em consequencia da anesthesia que coincide.

Quando o uso é feito por meio da fricção nas gengivas, occorre tambem a destruição da mucosa, si bem que naturalmente em muito menor escala que no nariz.

Pouchet dizia que a cocaina é um verdadeiro veneno do protoplasma, um verdadeiro inimigo de tudo que vive.

Comprehende-se, pois, que a suppressão da dôr representará apenas uma ponte de passagem para a destruição, para a morte cellular. Ha uma ischemia regional que duradoura, acarretará a falta absoluta de nutrição e a morte consequente.

A principio ha uma perda de sensibilidade local, o que ja se póde constatar com a applicação de uma solução a 2%, numa mucosa, durante cinco minutos. No fim de vinte minutos cessa a anesthesia, mas tal não occorrerá, si a dóse fôr maior ou mais repetida. Ha igualmente a questão do habito e numa nova anesthesia, é preciso que a dóse já seja um pouco mais forte, para que a insensibilidade se antolhe perfeita.

Uma dóse um pouco maior determina facilmente uma certa excitabilidade e o individuo alterca com facilidade. A intelligencia mostra-se mais viva, ha mais loquacidade e uma sensação de bem estar se verifica.

Richet diz ser a cocaina um veneno convulsivante cortical e isto explica a facilidade com que crises epileptiformes, no envenenamento por ella, occorrem, lembrando muito o que se dá com a estrychnina.

Crises hysteriformes podem tambem ser assignaladas.

Ha muitas vezes um tremor intenso e generalisado.

A cocaina é congestiva e pela intoxicação dos centros thermicos póde determinar a febre.

Quanto ao apparelho circulatorio, Furster verificou tachycardia, arythmia e tendencia á syncope.

Ha, a principio, augmento da pressão arterial, a que se segue, em pouco tempo, quéda accentuada della.

A acção toxica da cocaina se exerce particularmente sobre o ventriculo, de sorte que quando o coração chega a parar, fal-o em systole.

Em relação á crase sanguinea, Maurel demonstrou que os leucocytos são mortos pela acção da cocaina.

A anemia que deriva da acção da cocaina, depende em parte da vaso-constricção dos capillares, em parte da obstrucção destes pelos globulos brancos mortos e deformados.

Quando a dóse é forte, ha tetanisação dos musculos respiratorios. Via de regra, não é isto o que se dá e os musculos são excitados pelas dóses fracas e paralysados pelas fortes.

No que concerne á sexualidade, ha, a principio, excitação, seguindo-se, em muito pouco tempo, anaphrodisia mais ou menos notavel.

Quando um individuo se intoxica por inhalações de cocaina sente elle, no começo, dormentes as narinas e o rosto muito frio. Depois ficam insensiveis as fossas nasaes. Si se serve de injecções, sente menos frio.

Depois, em qualquer dos casos, vem um estado de excitabilidade que lembra muito o da embriaguez.

Com os olhos injectados e brilhantes, o rosto afogueado, loquacidade extrema, procura o intoxicado altercar com todos, movendo-se constantemente de um lado para outro.

No fim de pouco tempo vem um cansaço extremo, em que o individuo se sente como si fôra ficar paralytico, ao mesmo tempo que dominam palpitações muito incommodas.

Depois entra a suar copiosamente, ao mesmo tempo que o pulso fica fraco e muitas vezes bem irregular.

Os accidentes da cocaina são mais graves que os da morphina, porque facilmente podem acarretar a morte, e as experiencias de physiologia encontram sempre um grande embaraço na sua realisação perfeita, porque os animaes succumbem, logo que se cresce um pouco nas dóses.

No envenenamento pelo opio as pupillas ficam punctiformes, ao passo que no pela cocaina se deparam ellas muito dilatadas.

No abuso da cocaina ha muitas vezes crises epilepticas repetidas, que se distinguem dos verdadeiros ataques epilepticos communs pela falta do grito inicial, pela não existencia da emissão involuntaria de urinas e fézes, pela conservação de um certo grão de consciencia durante a crise e carencia de amnesia consecutiva.

Quando o individuo se excede durante algum tempo no uso da cocaina, desenvolve-se o delirio cocainico, cheio de allucinações da vista, do ouvido, da sensibilidade tactil e do olfacto.

As allucinações da vista têm um feitio particular: parece ao doente que lhe estão passando pelo corpo pulgas, piolhos, formigas, etc., todos de dimensões minimas, vindo muitos delles de dentro para fóra, perfurando a epiderma. Enxerga-os ás vezes como pontos negros que passam pela pelle, muitas vezes, porém, distingue-os perfeitamente bem. Quando se lhe objecta que nada existe, insiste na sua affirmativa e a corrobora com a convicção de que tenha uma vista excellente que falte aos outros.

Ha uma sensação de prurido pelo corpo todo, que interpreta como o effeito da passagem dos minusculos insectos.

Ha outro feitio de allucinação especial: o de parecer ao doente que se ache deante delle uma pessoa inteiramente igual a elle. Outras vezes, as pessoas que acredita ver, crescem em demasia, ficam gigantes e pôem-se a dansar.

Vê outras vezes animaes ferozes, enormes que investem contra elle, o que lembra muito o delirio alcoolico.

Quando ha allucinações auditivas, tomam tambem ellas, ás vezes, o caracter terrorista e parece que querem matar o doente.

Escuta insultos e ameaças e procura resguardar-se, armando-se e atirando em quem delle se approxime.

No tocante ao olfacto, ha o cheiro de panno queimado, parecendo que se está dando um incendio perto ou de carne pôdre

O delirio, é, via de regra, hypocondriaco ou de perseguição.

O distincto Prof. Dr. Cunha Lopes escreveu na Illustração Medica, de Agosto de 1936, um bem elaborado artigo sobre Toxicóses sociaes, em que separa o cocainismo agudo, o chronico, os delirios cocainicos superagudos, o delirio cocainico e systematisado, a psychose cocainica, typo de Korssakow e a paralysia cocainica.

Assignala elle que a cocainomania se estabelece muitas vezes depois da applicação pelo dentista, de cocaina para extracção de dentes. Lembra com razão que numerosos preparados substituem neste caso, com proveito, a cocaina, sem os riscos desta. Cita elle uma observação de uma menina empregada em consultorio de dentista que furtava cocaina a se intoxicar.

As pesquizas necroscopicas, ainda pouco numerosas, têm permittido que se verifique congestão visceral, predominando no figado, baço e pulmões.

Ehrlich assignalou um feitio particular hepatico, caracterisado pelo augmento de volume das cellulas que soffrem, outrosim, a dilatação e degeneração vacuolar.

O estado congestivo dos centros nervosos chega a ponto de accarretar uma meningo-encephalite.

Appellou-se para a existencia da tropina, de mistura com a cocaina, para justificar a existencia de allucinações de typo onirico, mas não ha razão de ser, pois o mesmo se dá no alcoolismo e etheromania.

Para fazer o diagnostico differencial, ha, além dos dados anamnesticos quando conhecidos, a existencia de dilatação pupillar, disturbios especiaes da sensibilidade cutanea (bichos a perfurarem a pelle), a sensação de exaggero de acuidade visual, com a percepção de animaes de dimensões infimas, a visão do duplo eu, a de figuras a se moverem, ás vezes de tamanho enorme, o cheiro de panno queimado, o estado de irritabilidade, com o desejo constante de altercar, a perfuração do septo nasal ou a existencia de ulcerações nas gengivas.

São estes caracteres que permittem bem individualisar a intoxicação.

Quanto ao tratamento, convém logo assignalar que a cafeina é o antidoto da cocaina e que portanto convém fazer uso de injecções de cafeina.

Deve-se isolar o doente, fazer uso de injecções de cafeina, esparteina ou lipo-cerebrina, fazer a applicação de

duchas mornas e dar uma poção calmante, a que se associe um pouco de cafeina.

No soccorro de urgencia, deve-se empregar inhalações de oxigenio, nitrito de amyla, respiração artificial, excitantes, injecções intra-venosas de calcio e intra-musculares de gynergenio.

Não ha necessidade de se ir reduzindo a pouco e pouco a dóse de cocaina; a suppressão póde ser quasi repentina.

Não ha o mesmo risco que no opio.

Modernamente, Pavone Junior aconselha injecções intra-venosas de 2cc., de solução a 20 % de *chlorureto de calcio.*

Leshure manda dar *barbital sodico* e *paraldehydo.*

Demais não ha necessidade de dar menthol, a simular cocaina. E' inteiramente inutil, sinão prejudicial. Koller propoz tornar obrigatoria a adulteração da cocaina com uma côr de base de anilina, como Wastet azul 2, que não modifica a acção della, mas azulesce qualquer lugar, em que ella toque, o que denunciaria e humilharia o viciado. E' um bom recurso prophylactico. Melhor não ha, porém do que a prohibição de ser vendido o producto a pessoas que não os medicos e dentistas que o requisitariam em quantidade reduzida.

ETHEROMANIA

E' pouco frequente. Observa-se apenas em alguns empregados de pharmacias, em cocottes, em rapazes de vida folgada. Durante o periodo de Carnaval tem-se visto pessoas a cheirarem lança perfumes, cuja base é o ether.

A's vezes, chegam a cahir, embriagadas.

O viciado no ether, como aquelle que abusa da cocaina, entrega-se muitas vezes, tambem, ao alcool. Sente a necessidade deste.

Na etheromania ha a principio um estado de excitação cerebral, com euphoria, a que se segue obnibilação da consciencia mais ou menos accentuada.

Ha disturbios da memoria; crises de irritabilidade; ansias para fumar muito, tomar benzina ou agua da Colonia, vinhos fortes ou cocaina; insomnia ou estados de abstracção, tremores, dôres de estomago, falta de ar, vertigens, impulsos a viajar. Ha tambem crises epilepticas.

Para tratar o etheromaniaco, deve-se recolhel-o a uma Casa de Saúde, supprimir completamente o toxico e dar

o *extracto fluido de herva botão,* na dóse de 4 grammas diarias.

Urotropina e iodeto são remedios preconisados por mim.

DIAMBOMANIA

Os distinctos especialistas Adauto Botelho e Pernambuco Filho estudaram muito bem o assumpto no seu optimo livro "Vicios Sociaes Elegantes".

Originario da Africa, o vicio da *diamba* está sendo, nestes ultimos tempos, muito diffundido no Brasil, particularmente nos Estados do Norte, em que a planta é mais encontradiça.

E' a *Cannabis sativa* que tambem é conhecida pelos nomes de moconha, maconha, fumo de Angola.

Segundo o muito competente Prof. Pedro Pinto, diamba é o nome africano do canhano.

O viciado fuma em cachimbos ou sob a fórma de cigarro, isto mais raramente.

Ha embriaguez, com delirio agradavel, sensação de bem estar, seguindo-se violenta agitação ou profundo torpôr.

Quando o viciado cahe em somno mais ou menos profundo, ha, ás vezes, sonhos eroticos.

O inveterado na diamba toma o aspecto de um idiota. Nas reuniões de viciados fazem torneios de versos, em que idéas eroticas predominam.

HASCHISCHISMO

E' o vicio que apresenta aquelle que se entrega ao abuso do *haschisch,* um pó de côr verde amarellada que rodeia as sementes da *Cannabis Indica.*

O Prof. Cunha Lopes, no seu excellente trabalho sobre "Toxicomanias raras ou menos frequentes entre nós" de Junho de 1934 e o Prof. Frahredin Kerin, de Stamboul, no Encéphale, de Abril de 1930, estudaram muito bem o assumpto.

Usa-se em cigarros ou em uma especie de cachimbo que se chama narghilé. Os viciados agrupam-se em cafés, ás vezes em recantos escondidos ás vistas da policia.

O effeito do haschisch é deprimir o organismo, collocando o individuo num estado de lassidão, de somnolencia, com a cabeça pesada. Dentro de pouco tempo, a ima-

ginação se exalta, o viciado começa a vêr uma porção de cousas, cheio de allucinações. Ha crises de agitação, com tendencias aggressivas, sendo que ha quem diga que a palavra assassino vem de haschischismo, pessoa que se embriaga com haschisch.

A's vezes, ha a sensação de haver um augmento da acuidade visual, da auditiva e da sensibilidade geral.

Gautier descreveu como si o corpo se lhe tornasse transparente. Quando elle falava, a voz retumbava-lhe na cabeça como um trovão. Tudo echoava como si fôra a vibração de metaes finos e preciosos, como si fôssem harpas a tocarem.

Em pouco tempo cessaram allucinações e illusões e fica um periodo final calmo, de felicidade indescriptivel. Ha uma sensação de enorme bem estar e parece ao viciado que todos os problemas mais embaraçosos de sua vida estão resolvidos. Póde haver a sensação de medo, com idéas de perseguição, mas no geral, ha optimismo, com tendencia a cantar, a dansar, julgando-se muito rico, muito poderoso e muito feliz.

Póde haver dôres de cabeça violentas, vertigens, vomitos, allucinações olfacticas, gustativas, cenesthesicas, visuaes e auditivas. Póde occorrer a morte subita.

No haschischismo chronico ha alterações notaveis do caracter e da consciencia.

Ha irritabilidade morbida, tendencia a movimentos impulsivos, desinteresse pelo trabalho e pela familia, descaso pelo proprio asseio, crises de obnubilação da consciencia, de lagrimas sem motivo, pesadêllos.

A's vezes, ha um estado de erethismo cerebral, em que o individuo fica tal qual um maniaco. Outras vezes, é um feitio melancolico que se antolha.

Kraepelin, na sua ultima edição, e Mazhar Osman assignalaram que é frequente depois do abuso deste toxico, cahir o individuo em eschizophrenia.

Um estado de confusão mental póde seguir-se, ás vezes, ao haschischismo.

KAWA-KAWA

O nome scientifico é *Piper methisticum*. E' usado pelos nativos das Ilhas da Polynesia no fabrico de uma bebida que é inebriante e muito apreciada.

Ha uma grande alegria e depois torpôr.

Occorrem desordens psycho-sensoriaes, allucinações e sonhos incoherentes.

O competente Prof. Cunha Lopes, no seu trabalho já citado, occupa-se bem do assumpto, bem como de certas outras toxicomanias menos frequentes, como o *betel* ou *noz de aréca* que traz um estimulo geral com euphoria, exaltação das funcções psychicas e salivação abundante; a *amanita* ou *muchamor* dos russos, que traz embriaguez com allucinações.

Curioso é que o principio activo da amanita é eliminado na urina que bebida dá os mesmos effeitos. O viciado quando sente que se dissipa a propria embriaguez, bebe a propria urina e volta a sentir as cousas prazeirozas que experimentava. Conta-se que um viajante, querendo tomar a amanita e não a encontrando, bebeu a urina quente de um viciado que a tomára pouco antes, e sentiu-se embriagado e prazeiroso.

O *iagê* é usado no Amazonas. O muito pranteado Prof. Juliano Moreira occupou-se bem do assumpto.

Determina um estado de extase.

Ha estados oniricos, allucinatorios, em que o viciado devaneia e pensa devassar um futuro promissor. No estado de excitação, dansa muito, grita, podendo occorrer convulsões. Ha uma sensação de felicidade enorme. Occorrem impressões sexuaes. Póde haver a visão de animaes, do demonio, de phantasmas diversos.

O *peiotel* ou *mescal* é usado no Mexico e America Central. Tem como alcaloide, a mescalina que dá uma embriaguez allucinatoria. Ha um sonho muito agradavel. Desenrolam-se imagens phantasticas. Ha uma alegria tranquilla, um sentimento de enorme prazer.

O *paricá* que se usa na zona do rio Madeira, traz grande superexcitação.

Heuyer e Guillant, no Encéphale de Março de 1930, citam, entre toxicomanias novas, a pelo *elixir paregorico.* Apresentam observações, em que havia um estado confusional com onirismo extremamente activo, zoopsia, allucinações, reacções violentas para com as pessoas circumstantes. Tenho uma cliente que tendo sentido intensas dôres intestinaes, começou a usar o elixir paregorico, de que toma 60 grammas cada dia. Refere uma sensação de bem estar e quando o não pode empregar, mostra-se muito ansiada, agitada e confusa. Neste caso, como em varios outros de toxicomanos, fica-se admirado de vêr como os viciados supportam dóses tão elevadas de productos, nor-

malmente não bem tolerados. Ha um verdadeiro mithridatismo, habituando-se o individuo pouco a pouco a dóses maiores.

Tendo o elixir paregorico como base a morphina, muito do que a esta se refere, áquelle tambem se poderia applicar.

A toxicomania barbiturica tem sido referida pelos auctores modernos. E' aquella que se constitue em consequencia do abuso do luminal ou gardenal, medinal, veronal, phanodormio, somnifenio, etc.

Pohlisck e Pause assignalam o rapido augmento que nas Clinicas Psychiatricas Allemães vêm tendo os casos desta variedade. Frequentemente o abuso vem de ter o individuo usado o remedio para dormir, depois não o poder fazer sem dóse maior do remedio e se sentir bem como elle. Ha uma sensação de alegria e bem estar.

No entanto, com a insistencia no uso dos barbituricos, o individuo começa a sentir abatimento, dôr de cabeça, anorexia, difficuldade em se mexer.

No periodo de bem estar occorre, ás vezes um estado hypomaniaco, com euphoria, affluxo de idéas, necessidade de actividade physica ou mental, ás vezes tendencias á aggressividade.

A suppressão do toxico acarreta mal estar e asthenia. Interessante é assignalar que o somnifenio traz, ás vezes, depois do seu abuso, um estado mental que muito se assemelha ao do eschizophrenico.

Heuyer e Le Guillant citam modificações do caracter em consequencia dos barbituricos. Já em 1912, Laehr descrevia uma psychose veronalica, em que havia confusão mental e onirismo com typo de alcoolismo agudo.

Em qualquer caso de toxicomania, ha sempre a questão de susceptibilidade individual e particularmente os desequilibrados do systema nervoso e os tarados resistem muito menos.

Pohlisck, em 1934, publicou um trabalho sobre os filhos dos morphinomanos masculinos e femininos.

Assignalou que em 132 morphinistas masculinos apenas 15 % eram psychicamente normaes, emquanto que 78,8 % eram psychopathas.

Cansando-se com psychopathas, ha uma pesada carga hereditaria nos filhos. Não ha differença notavel entre os filhos gerados durante o uso do toxico ou fóra deste.

As mulheres morphinomanas têm partos prematuros, em muitos casos,

Aquellas que amamentam os filhos, notam nestes, menos vezes phenomenos de nervosismo, mesmo de abstinencia, do que naquelles que têm alimentação artificial.

Para evitar que cresça o numero de toxicómanos, o que vai occorrendo de modo assustador, ha necessidade de medidas prophylaticas e correctivas que o Governo Brasileiro vai tomando.

No decreto, n.º 780, de 28 de Abril de 1936, lê-se a Creação da Commissão permanente da fiscalisação de entorpecentes. Della fazem parte o Chefe dos Actos Internacionaes do Ministerio do Exterior, o Inspector da Fiscalisação do Exercicio da Medicina, o 1.º Delegado Auxiliar, um Conferente da Alfandega, um Director de Estabelecimento Clinico especialisado em Toxicomanias, um Secretario Funccionario do Ministerio do Exterior, o Director de Saude Publica, o Procurador dos Feitos da Saúde Publica e representantes do Ministerio da Justiça e Trabalho.

Ao Congresso Nacional foi apresentado muito recentemente um projecto de Lei, no qual tomou parte activa o Prof. Pernambuco Filho, muito competente no assumpto, projecto este que em muito pouco tempo se deve transformar em lei. Esta virá substituir, ampliando, a chamada Lei Carlos Costa, elaborada no Governo Alfredo Pinto, actualmente em vigor.

Pelo projecto de lei fica prohibido o plantio da dormideira, da coca e do canhamo.

Quem importar entorpecentes, deve ter licença e frisar a quantidade.

Em cada pharmacia haverá um livro especial para os entorpecentes e um armario.

Actualmente o medico só póde receitar entorpecentes em um papel especial, fornecido pela Saúde Publica, depois de ter deixado lá a sua assignatura. No papel do receituario ha uma parte a ser destacada e enviada reservadamente pelo medico, a explicar o motivo, pelo qual prescreveu o toxico. Tem de especificar o nome por extenso e o endereço do doente.

A toxicomania habitual obriga á notificação.

Pelo Decreto n:º 4294 de 6 de Julho de 1921, estabeleceu-se uma legislação para os viciados que ficam passiveis de internação obrigatoria, por tempo maior ou menor, em estabelecimento adequado.

No Regulamento, a que se refere o Decreto n.º 4394, ha a criação de Sanatorios para Toxicomanos, para alcoolistas e viciados em entorpecentes. A internação será decretada pelo Juiz de Orphãos e os bens do doente serão acautelados por elle e pelo Curador de Orphãos.

A lei de prevenção e repressão mental relativa ao commercio ou uso de toxicos e assistencia social aos toxicomanos constituiu um projecto mandado pelo Dr. Carlos Costa ao Congresso Nacional e ainda não approvado.

Nelle se estabelecem penas severas para os medicos, os cirurgiões dentistas, os pharmaceuticos que sem motivo razoavel fornecerem toxicos entorpecentes, particularmente a viciados.

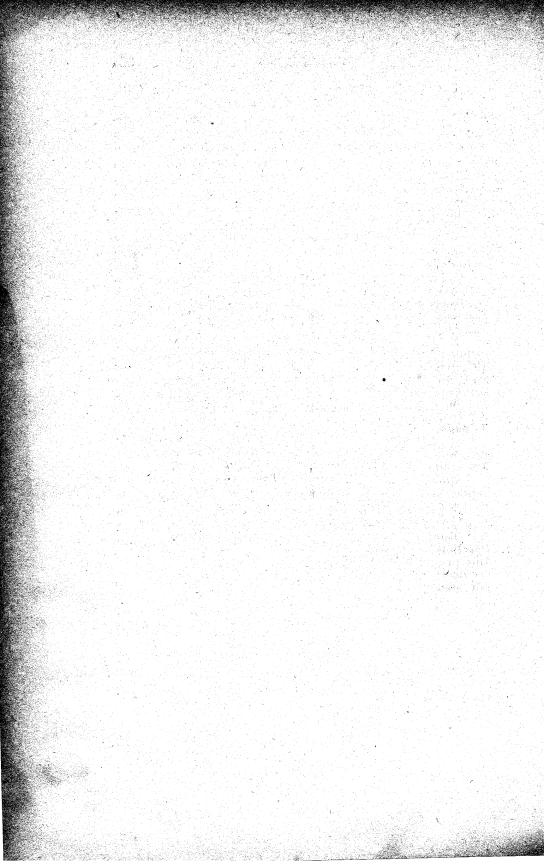
No Projecto de Lei em que tomou parte Pernambuco Filho, a que já me referi, está estabelecido que aquelle que aconselhar, vender ou dér substancia entorpecente, sem motivos para tal, póde ter prisão cellular de 1 a 5 annos e multa de 1 a 5 contos de réis.

Si o infractor da lei fôr medico ou dentista, póderá ser suspenso do exercicio da profissão, além de poder ter de pagar uma pesada multa, ou mesmo ser preso.

O pharmaceutico poderá ser preso durante 2 a 5 annos, multado em 2 a 6 contos e suspenso da profissão, de 2 a 7 annos.

Quem trouxer comsigo dóse exaggerada de entorpecentes, sem receita medica ou de dentista, poderá ser preso de 1 a 4 annos e terá uma multa de 1 a 5 contos.

O viciado não póde ser tratado em casa.

Tem de ir para uma Casa de Saúde ou Hospital de Psychopathas. Lá será medicado convenientemente. E o Juiz providenciará a respeito da interdicção que só poderá ser decretada depois de feito o exame de sanidade mental por medicos especialistas.

ESCHIZOPHRENIA

O estudo clinico da eschizophrenia representa uma das mais bellas concepções de Kraepelin, que a rotulou *demencia precoce* e muito detidamente a estudou.

Hodiernamente chama-se, em geral, eschizophrenia aquillo que outróra se chamava *demencia precoce.*

Si bem que Morel, em 1858, houvesse criado o termo "demencia precoce", não soube, comtudo, dar-lhe a significação e extensão que Kraepelin posteriormente lhe imprimiu.

Preoccupava-se elle no momento com as questões de degeneração e, attento a estas, não esmerilhou as relações entre a catatonia cujos symptomas delineava, e as outras modalidades de demencia precoce.

Frequentemente assim tem succedido. Os francezes, com a sua bella intelligencia, concebem qualquer entidade clinica que posteriormente não esmerilham, sendo os allemães, com a sua pertinacia e capacidade de trabalho, os que se aproveitam da descoberta e lhe vêm a dar o desenvolvimento.

Criticam muito os francezes o termo demencia precoce pois significa demencia quando não ha perturbação da memoria, e precocidade quando ás vezes o mal surge tardia e vagarosamente.

No entanto, convém ponderar que Morel foi quem criou o termo.

Outras disposições têm sido propostas: assim é que Gross propõe a denominação de *demencia sejunctiva;* Ber-

nstein, a de *demencia paratonica;* Wolff, *schizophrenia* que é a designação hoje consagrada, Stransky, *ataxia intrapsychica,* Wernicke, *psychose aknetica-parakinetica;* Claude, *dissociação;* Arstein, *dysharmonia;* Chaslin, *loucura discordante, etc.*

Todavia, qualquer dellas tem seus defeitos e o termo eschizophrenia ficou definitivamente adoptado.

Os primeiros estudos allemães sobre demencia precoce datam de 1863, em que Kahlbaum descreveu uma loucura da puberdade, que denominou *hebephrenia.*

Haecker, seu discipulo, desenvolveu em 1871 seus predicados, prestando grande attenção ao problema do abaixamento do nivel intellectual.

Em 1874, Kahlbaum descreveu a *catatonia.*

Eram a hebephrenia e a catatonia descriptas como duas entidades clinicas distinctas e quando pela primeira vez no Hospicio Nacional de Alienados se reconhecia a demencia precoce, era sob a rubrica de hebephrenia e catatonia que a collocava o pranteado Professor Marcio Nery cuja brilhante erudição o punha sempre a par de todos os progressos scientificos. Kraepelin, em 1899, concebeu a demencia precoce, com seu feitio scientifico, abrangendo a hebephrenia, a catatonia e additando-lhe a fórma paranoide.

Mais tarde analysando melhor a fórma paranoide, separou della um grupo, o das paraphrenias, que constitúe actualmente fórma clinica á parte.

As idéas de Kraepelin não foram bem acceitas na França e em 1913, quando frequentei o curso do eminente Prof. Gilbert Ballet, fallecido ha algum tempo, assisti a aulas em que repudiava o conceito da demencia precoce que considerava como uma simples confusão mental chronica.

Serieux foi em 1900 quem resumiu as idéas de Kraepelin, pela primeira vez na França, e se tornou seu extremo defensor.

Deny, no Congresso de Pau, propugnou igualmente as idéas allemãs.

No entanto já era cousa corrente e bem acceita no Rio de Janeiro a concepção de demencia precoce quando ao mesmo tempo na França ainda havia hesitação em a acceitar.

Nos Estados Unidos ha o extremo opposto: denominam demencia precoce casos que o proprio Kraepelin não acceitaria como taes.

O conceito da demencia precoce soffreu nestes ultimos annos uma remodelação completa.

Bleuler substituiu o nome de *demencia precoce* pelo de *eschizophrenia* que houvéra sido curado por Wolff e significa loucura que separa. Estudou outrosim, detidamente, os predicados da eschizophrenia e constituiu a *doutrina bleuleriana* que, escoimada de certas demasias, está hoje inteiramente vencedora.

Tenho analysado cuidadosamente e dado o meu modo de pensar a respeito da doutrina bleuleriana em trabalhos que publiquei no Diario de Medicina de 10 de Dezembro de 1925, no Relatorio que escrevi para o Congresso Medico do Centenario da Academia e sahiu publicado nos Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria de Setembro e Outubro de 1929 e no meu livro Modernas Noções sobre Doenças Mentaes em 1933.

A psychiatria de Bleuler preoccupa-se particularmente com os disturbios da personalidade, com o modo do individuo reagir em relacão ao meio, com o estado mental do doente. Não procura fazer a divisão em extensos quadros clinicos como Kraepelin e sim penetrar na consciencia morbida. Em 1911 Bleuler applicou seus estudos á demencia precoce e desde então vem dando uniformidade á sua concepção da doença.

Preferio o nome de eschizophrenia ao de demencia precoce, porque nem sempre há a terminação pela demencia.

Dividiu a symptomatologia em fundamental e accessoria, estabelecendo como fundamentaes, disturbios da funcção associativa.

O conceito de Bleuler colloca na eschizophrenia: muitas manias e melancolias impuras de outras escolas (provavelmente as manias e melancolias hystericas), a maior parte das confusões allucinatorias, grande parte do que os auctores chamam amentia, uma parte das fórmas attribuidas ao delirio agudo, as psychoses de Wernicke, demencias primitivas ou secundarias sem nome especial, a maior parte das paranoias das outras escolas, particularmente todas as psychoses hystericas, quasi todas as hypocondrias nervosas, psychastenicos e impulsivos.

As fórmas juvenis elevadas á cathegoria de enfermidades especiaes e masturbatorias devem ser incluidas aqui; das psychoses da puberdade e das psychoses degenerativas de Magnan, uma grande parte. Muitas psychoses de reclusão e estados crepusculares de Ganser são symptomas agudos em uma eschizophrenia chronica".

No Tratado de Bleuler, pag. 325, este conceito é textualmente exposto. Vê-se com facilidade o quanto é exaggerado este conceito que abrange em uma mesma rubrica coisas tão differentes.

Em 1926, no trigesimo Congresso dos Medicos Alienistas e Neurologistas da França e dos paizes de lingua franceza, Bleuler apresentou detidamente o seu conceito da eschizophrenia que foi analysado e combatido pelo Prof. Henri Claude.

Bleuler estabeleceu então que a eschizophrenia é uma affecção physiogena, isto é, de base organica. Ella possúe entretanto tal superestructura psychogena que a maioria dos symptomas apparentes desta affecção como as allucinações, as idéas delirantes assim como o procedimento dos doentes, provêm de factores e mechanismos psychologicos. Certos psycho-analistas ousam affirmar que toda a eschizophrenia é uma affecção psychogena. Esta opinião é certamente erronea. A eschizophrenia tem, "em commum, por um lado, com as psychoses organicas a existencia de symptomas que derivam directamente de um processo cerebral: por outro lado, com as neuroses, a evolução de symptomas psychogenos sobre a base de uma constituição particular."

Nestas palavras textuaes de Bleuler vê-se bem o seu modo de pensar.

Acredita elle que como base da doença haja lesões cerebraes produzidas por algum agente toxico. Os disturbios das funcções associativas, essenciaes e fundamentaes, dellas dependeriam.

O Prof. Henri Claude discorda das idéas bleulerianas e separou uma modalidade a *eschizophrenia* e outra, a *demencia precoce*, esta sendo uma aggravação daquella, com lesões organicas definitivas e incuraveis.

A *eschizoidia* é o temperamento que predispõe á eschizophrenia. São os individuos retrahidos, desconfiados, concentrados, que não gostam de viver na sociedade, que

não têm muitos amigos, que se irritam facilmente com as pessoas de casa, a que se não affeiçoam.

Os eschizoides pódem passar assim a vida inteira, predispostos, exquisitos, porém não alienados.

Succede porém, que haja abalos de natureza affectiva, que se constitúa um estado toxi-infeccioso de natureza asthenisante e o individuo, particularmente si trouxer comsigo uma pesada carga hereditaria, cahirá em *eschizophrenia*, conceito este que muito se approxima do de *cataphrenia* que o Prof Austregesilo expuzéra em trabalho anterior.

Constitúe um disturbio psychopathico mais grave, em que mais ou menos duradouramente o individuo fica desaptado do ambiente, agitado ou deprimido, lembrando um maniaco-depressivo, mas desaffectivo, dissociado e allucinado.

Ha interiorisação, falta de actividade pragmatica. A eschizomania póde apparecer sob a fórma de crises.

Da *eschizomania* poderá o doente passar á *eschizophrenia*.

Póde haver a passagem da eschizoidia á eschizophrenia, com ou sem o periodo intermediario de eschizomania. Póde tambem succeder que o mal nesta estacione, não vá á eschizophrenia.

Quando a eschizophrenia se constitúe, ha a perda do contacto com a realidade, ha falta de interesse pelas cousas da vida, ha dissociação intellectual, com dislocação das funcções psychicas. Ha sitiophobia, gatismo. O autismo domina o quadro clinico.

Quando se desenvolve a verdadeira *demencia precoce*, typo Morel, ha uma lesão organica definitiva, constituida principalmente pela atrophia das cellulas cerebraes. Ao passo que na *eschizophrenia* ha simplesmente um disturbio funccional, ha, no pensar do eminente Prof. Henri Claude, nos casos da verdadeira demencia precoce uma meningo-encephalite circumscripta, a que se seguiria a atrophia cellular cerebral. Seria absolutamente incuravel, o gráo maximo da doença, com accentuado deficit intellectual, o que não permittiria a existencia de pensamentos recalcados.

O Prof. Henri Claude e Gilbert Robin conseguiram separar o eschizophrenico propriamente dito, do demente

precoce, por meio da etherisação. Atordoado pelo ether, aquelle revela seus segredos, seus pensamentos recalcados, ao passo que este tem o cerebro vaio de pensamentos.

O Prof. Dr. Decio Soares de Souza que em 1930 escreveu sua these inaugural sobre Demencia precoce e Eschizophrenia, trabalho digno de louvor, synthese perfeita das idéas hodiernas sobre o assumpto, separou observações por elle muito bem feitas de casos de eschizophrenia e de demencia precoce.

Meditando-se nos predicados essenciaes dos dementes precoces, verifica-se que a idéa allemã representa uma bella conquista e uma verdade positiva.

Qando não era ella ainda uma cousa real, os doentes que nella cabem, ficavam mal collocados e sentia eu haver no Hospicio doentes que ficavam mal rotulados.

Synthetisando o que se observa na eschizophrenia, estabeleço como elementos essenciaes: *perda da affectividade, perda de iniciativa* e *associação extravagante de idéas.*

A *affectividade* é o que primeiro desapparece no eschizophrenico.

Começa elle a perder a amizade pelas pessoas a quem mais queria anteriormente. Implica particularmente com os progenitores, com os quaes questiona a proposio de qualquer nonada, num estado permanente de máu humor e irritabilidade. Frequentemente trata elle com mais carinho um empregado ou qualquer pessoa extranha.

Surge a eschizophrenia na pluralidade dos casos, no periodo da puberdade.

Segundo o que tenho observado, si se trata de um rapaz, é o inicio mal succedido da vida sexual que condiciona o surto do mal. Procurou elle encetar relações sexuaes, mas em consequencia de uma timidez criada pela educação, ou de um dia de calor excessivo, ou de qualquer outro accidente de occasião, não teve no momento erecção. Houve impotencia psychica e impressionou-se fortemente com isto. A impressão acompanha-o no proximo congresso sexual e esta ainda uma vez falha. Cada vez fica mais nervoso com esta situação, concentra-se, evita a renovação da copula, entrega-se a habitos onanistas, refugia-se nos sonhos da imaginação activa de uma vida de grande actividade genital que contrasta com a realidade dolorosa de

sua existencia. Crimina os pais pela educação que o tornou timido, e sem dizer porque o faz, começa a ter ogerisa delles.

Si se trata de uma mulher, ha os disturbios menstruaes, as contrariedades amorosas e as convenções sociaes que lhe impõem a castidade.

Começa então a ficar triste, concentrada, desapegada da familia, irritada contra tudo e contra todos.

Discutiu-se o facto de ser perda da affectividade, symptoma importante da eschizophrenia. Appellou-se para o conceito bleuleriano e declarou-se que o notavel Professor de Zurich, Eugenio Bleuler, admittia como presente e mesmo intensa. No entanto, em Setembro de 1931, Manfredo Bleuler, filho do Professor Eugenio Bleuler, publicou uma revisão muito bem feita da obra deste, em que prova que elle tinha as desordens da associação e da affectividade como essenciaes.

Continúo a considerar a perda da affectividade como importantissima no quadro clinico da eschizophrenia. Refiro-me, porém, á perda da affectividade normal, natural, isto é, a perda de amizade pelos pais, irmãos, filhos, etc. isto é, pessoas que qualquer um, em geral, mais estima.

O eschizophrenico póde mostrar-se muito affeiçoado a um criado, mas isto evidentemente não é uma affectividade natural.

Neste periodo é raro manter-se normal a menstruação. Mais frequentemente se apresenta ella escassa e retardada no seu apparecimento.

Póde-se formular logo o quesito si é isto um effeito ou causa da doença?

Nos casos em que é mais detida a observação, constata-se que é ella causa, vindo o disturbio da affectividade depois de uma alteração qualquer menstrual.

O conceito pathogenico tal assignala, pois affirma ser a demencia precoce uma doença mental resultante de uma insufficiencia endocrinica, em que desempenham o principal papel os ovarios ou o testiculo.

Outras glandulas têm tambem sido incriminadas.

Assim, Lundborg attribúe ás parathyreoides papel preponderante nas manifestações catatonicas.

Dide e Angelis acreditam em insufficiencia da thyreoide, da glandula hepatica e das supra-renaes.

Parhon e Urechia dão o principal papel ao apparelho thyro-parathyreoidêo.

Benignini e Zilocchi viram lesões nas supra-renaes. Laignel-Lavastine constatou a falta de cellulas intersticiaes nos testiculos. W. Mott, no "Encéphale" de Fevereiro de 1923, publicou um interessante trabalho sobre o estado dos orgãos sexuaes na demencia precoce e assignalou em 37 casos a frequencia de atrophia testicular, a ausencia em muitos casos de espermatozoides e a presença de pigmentos nas cellulas intersticiaes.

Em 40 casos pesquizou o estado do nucleo nas cellulas ovarianas e verificou phenomenos de degeneração nuclear, bem como diminuição no numero de corpos amarellos. Modernamente, vem-se pensando tambem no pancreas e no thymo.

As pesquizas com a reacção de Abderhalden têm demonstrado insufficiencia ovariana ou testicular, cerebral, thyreoidéa, thymica e supra-renal. Tal se verifica na excellente these do Dr. Adauto Botelho, sobre "dysendocrinias pela reacção de Abderhalden"

A gravidade da eschizophrenia deriva essencialmente de que a insufficiencia pluri-endocrinica vai acommetter o individuo justamente no periodo da puberdade, em que ha um estimulo geral do organismo, na sua ansia de seiva novo, em seu pleno desenvolvimento.

A intoxicação que se dá, altera o systema nervoso e impede que elle evolúa.

Para o individuo no gráo de evolução em que estava, e, posteriormente, retrograda.

Sendo a syphilis e a tuberculose factores de grande monta na genesis de alterações endocrinicas, comprehende-se bem que possam indirectamente influir na eschizophrenia. Particularmente, no que concerne á tuberculose, o problema tem suscitado muita discussão, em consequencia de haver muitas vezes a coexistencia da tuberculose com a eschizophrenia. Principalmente na fórma catatonica se constata muitas vezes que a tuberculose vem epilogar a vida do individuo. No entanto, si ha, ás vezes a concomitancia da tuberculose com a eschizophrenia, o facto ainda mais importante é que modernamente auctores americanos pensam já haver a tuberculose antes da de-

mencia precoce, sendo esta um effeito daquella. Nolan Lewis, em trabalho publicado em Maio de 1923, assignalou a frequencia da tuberculose em 601 autópses de dementes precoces, consignando que a enorme percentagem era devida ao facto de haver quasi sempre um estado thymico-lymphatico e uma aplasia cardio-arterial, mostrando-se finas as paredes da aorta e diminuindo de volume o coração.

Em trabalho de Pagniez, de 29 de Março de 1933, fez elle uma systhese do que ha publicado a respeito da affinidade entre a tuberculose e a eschizophrenia.

Mostrou que Hollander e Rouvroy tiraram liquido cephralo rachiano de dementes precoces do typo classico de Morel, inocularam em cobayas e não obtiveram a tuberculose. No entanto, em pesquizas post-mortem nas cobayas, constataram lesões de natureza tuberculosa nos pulmões, figado e baço.

Encontraram certa analogia com o que se vê na granulia.

Lowenstein, em trinte amostras de sangue de dementes precoces, obteve dez vezes cultura de bacillo de Kock.

No entanto, Luis Courderc fez varias inoculações de liquido cephalo racheano de dementes precoces em cobayas e o resultado, sob o ponto de vista de tuberculose, foi sempre negativo.

Baruk, contestando o valor das experiencias de Hollander e Rouvroy, diz que ou o liquido cephalo racheano de dementes precoces contém bacillos de Kock e se deveria obter pela inoculação na cobaya uma reacção ganglionar e uma tuberculose generalisada, typo Villemin, ou contém o virus filtrante e se deveria notar a presença de ganglios, cuja inoculação em série deveria conduzir á obtenção de bacillos.

O Dr. Pio Alves Pequéno Junior, tão prematuramente fallecido, que foi optimo Interno da Clinica Psychiatrica, demonstrou em sua bem elaborada thése sobre Tuberculose e Demencia precoce, que havia 70 % de dementes precoces tuberculosos.

Coste, Valtis e Van Deinse, em 1933, isolaram, em nove dementes precoces de uma série de quinze, bacillos acido-resistentes que pareciam corresponder ao ultravirus tuberculoso e uma das vezes, ao typico bacillo de Kock.

As reacções allergicas foram encontradas algumas vezes nullas e muitas vezes normaes ou enfraquecidas.

A. Puca, em Novembro de 1932, pesquizou em 47 dementes precoces provas de tuberculose e 10 vezes encontrou resultados positivos.

Baruk, Bidermann e Albane, em Agosto de 1932, mostraram que ha nos hebephrenicos hyperallergia e verificaram que ha frequentemente lesões tuberculosas, mas com um feitio particularmente lento e torpido das lesões.

O competentissimo Professor de Clinica Psychiatrica de Buenos Ayres, Arturo Ameghino, publicou um optimo trabalho sobre Tuberculose e Demencia Primitiva, a que se seguio outro de seu Chefe de Clinica, Dr. Alberto Bonhour, em Setembro de 1935.

O Prof. Ameghino apresentou uma estatistica de dementes precoces que morreram tuberculosos, em que se vê que Ganter encontrou em 45 % dos casos, Plasseler em 54,70%, Schraeder em 67%, Low em 50 %, Southard e Canavan em 74%, Gosline em 73%, Lewis em 77,70% e Zalla, em 78,31%.

O Prof. Ameghino e Poiré encontraram a reacção de Besredka positiva em mais de 50% dos casos.

Wolfer disse que a demencia precoce é uma doença meta-tuberculosa e que 84,4% dos doentes apresenta anisocoria, do mesmo modo que os tuberculosos.

O Prof. Ameghino demonstrou, com argumentos e com factos, a possibilidade de uma demencia toxica primitiva directamente ligada á tuberculose.

Bonhour procurou em 10 dementes precoces a tuberculose como causa e verificou provas de actividade tuberculosa francamente positiva em tres casos e positiva fraca, em dous.

Tudo isto serve para provar como é ella uma doença dystrophica, em que ha um disturbio profundo da nutrição que culmina na intoxicação das cellulas cerebras.

A *iniciativa* perturba-se desde o inicio da eschizophrenia. Perde a capacidade de escolher bem para agir e muito frequente é no Hospicio ver dementes precoces, a que se pergunta si querem sahir do estabelecimento, obtendo-se como resposta a hesitação.

A *associação extravagante de idéas* traduz-se bem no absurdo dos conceitos que vão sendo admittidos. Idéas que si não fôra a diminuição da intelligencia, seriam facilmente repellidas, são acceitas e com ellas habitualmente lida o doente. D'ahi deriva a série de incongruencias que paramentam o delirio dos eschizophrenicos. Não é claro e logico, mas sim absurdo, tolo e impossivel.

O Prof. Eugenio Bleuler considera como signal pathognomico da eschizophrenia a *interceptação* quando ella exista generalisada. E' ella uma privação repentina do pensamento que faz com que aquillo que o doente vá dizendo, se apresente cortado, interrompido, cheio de falhas.

E' um effeito da *dissociação psychica,* em que se vê um desligamento das idéas. O doente vai falando numa cousa e vê-se que de um assumpto passa para outro muito differente, e apresenta pausas, interrupções no que vai dizendo.

Beuler frisa que a eschizophrenia comprehende *symptomas cardiaes e secundarios.*

Entre os *symptomas cardiaes* devem ser referidos: a *dissociação psychica,* a *perda de contacto com a realidade* e o *pensamento autistico* que disto depende, *disturbios affectivos* e *ambivalencia.*

Entre os *symptomas secundarios ha allucinações, idéas delirantes, syndromo catatonico, syndromos agudos maniaco-melancolicos* ou *confusionaes, etc.*

Essencial é ser *dissociado, autista* e *ambivalente.*

Os disturbios da funcção associativa manifestam-se por um processo de *discordancia mental.* O pensamento faz-se incoordenado, sem um objectivo.

E' a desharmonia intra-psychica de Urstein.

Bleuler adopta a concepção psycho-analytica da fixação da *affectividade* em complexo. Ha uma anomalia affectiva.

Na *ambivalencia,* sentimentos oppostos dão vida simultanea á mesma representação mental. E' uma ambitendencia: tendencias contrarias tendem a realisar-se ao mesmo tempo. O individuo quer e não quer, chora e ri, está alegre e triste.

No *autismo* ha perda de contacto com a realidade. O individuo fica introvertido, dentro de si mesmo, sem se interessar pelo mundo exterior. Isto inflúe nas *desordens do procedimento.*

Ha *falta de actividade pragmatica,* isto é de aproveitamento util da acção.

E' o caso como numa comparação classica, do individuo que estando na cama e vendo uma enchente a lhe invadir o quarto e a lhe chegar á cama, pensa na composição da agua, nos effeitos da chuva, mas deixa de fazer o que é essencial, tirar a cama de um quarto para outro, em que não haja a enchente, ou procurar sahir do lugar,

levando o que lhe seja indispensavel. Ha o pensamento, ha a acção, mas não ha o aproveitamento, a utilisação desta.

O eschizophrenico tem uma conducta anormal, irregular, que muitas vezes chama a attenção desde os primordios da doença.

O Prof. Dénis Triantaphyllos, no Encéphale de Abril de 1932 diz que ha como essencial, uma dissociação entre o sentimento, a intelligencia e a vontade.

Póde um delles não se mostrar muito perturbado, mas a ligação entre elles está sempre compromettida.

A personalidade na eschizophrenia se modifica e elle sente, pensa e age de modo differente que antigamente.

Si se trata de um individuo que tinha grande amor pelo estudo, que se comprazia no trabalho, nota-se que isto já lhe não desperta interesse, que cabecêa de somno sobre os livros ou que fica completamente abstracto no meio da leitura. Presta attenção pouco demorada ás cousas, por isto que o cansaço facilmente o empolga.

Muitas vezes no inicio da eschizophrenia, o proprio doente reconhece que está ficando differente do que era até então, e que se sente indifferente pelos parentes e sem gosto pelo trabalho. Bleuler assignala que ha um desfallecimento do factor pragmatico, perda de contacto vital com a realidade e um enfraquecimento do impulso pessoal segundo ás idéas de Bergson. Falta o aproveitamento das lembranças e idéas isoladas. E' essencialmente, na adaptação á realidade onde mais se salienta o disturbio na eschizophrenia, cujos doentes são sempre mal conformados com o meio.

O Prof. Claude, Borel e Robin chamam a attenção no "Encéphale" de Março de 1924, para o phenomeno da ambivalencia, a que dão grande importancia, o qual consiste em marcar toda manifestação psychica com um signal positivo e negativo ao mesmo tempo, isto é, em dar uma dupla significação ao que se pensa ou se diz, acarretando-se como consequencia, a duvida no fazer ou deixar de fazer.

Ha predominio do *pensamento autista* em relação ao *realista,* sendo que naquelle o doente é concentrado e evita o contacto com o meio, sonha acordado, ao passo que neste corresponde a todas as impressões do ambiente.

O Prof. Claude diz que o pensamento autista se compraz na solidão e, perdido o contacto do individuo com a realidade, não responde ás perguntas que se lhe fazem, parece desorientado, constituindo-se um typo de pseudo-confusão mental.

Bleuler diz que ha *syntonia* quando ha a faculdade de se conformar com o meio e *eschizoidia* quando ha perda de contacto com elle.

Kretschmer diz que a humanidade se póde dividir em dous grandes grupos: os *cycloides* e os *eschizoides*.

Os *cycloides* são aquelles que si ficarem alienados, cahirão facilmente na psychose maniaco-depressiva, pessoas que sempre gostaram da sociedade, amaveis, expansivas, francas, tendo sempre o coração na mão e uma natureza sem complicações, indo directamente aos seus objectivos. Ha nelles syntonia e pensamento realista.

Os *eschizoides* têm pelo contrario, um genio retrahido, cheio de exquisitices, não gostam do convivio social, pouco falam, são timidos e muito escrupulosos, desconfiam de todos, irritam-se com facilidade e nunca dizem com franqueza aquillo que sentem. Ha nelles eschizoidia e pensamento autista.

Si se tornarem alienados, cahirão facilmente na demencia precoce.

Stransky, de Vienna, demonstra que ha sempre uma dissociação entre a thymopsychia ou vida affectiva e a noopsychia ou vida intellectual.

Com a intelligencia ainda normal já ha uma grande depressão da vida affectiva.

O rosto deixa facilmente transparecer a indifferença sentimental, occorrendo, ás vezes, a paramimia, isto é, a desigualdade entre o que se sente e o que se exteriorisa pela mimica, de sorte que o individuo ri quando se refere a uma occurrencia triste, ou chora quando se narra um episodio alegre.

Ha em muitos casos o riso incoercivel ou o pranto demorado.

A desproporção da mimica depende ás vezes de que o doente responda no momento a uma allucinação que tenha experimentado.

Não ha doença em que haja mais allucinações. De qualquer modalidade podem ser ellas, predominando, porém, as auditivas.

Surgem desde o inicio do mal. São multiplas, variaveis, frequentemente sem systematisação ou de systematisação muito frouxa.

O predicado erotico é nellas foreiro e commummente, si rapazes, mulheres surgem núas deante delles, e si moças, rapazes de fórmas viris se lhes dirigem.

Não raro, já ha o conteúdo phantastico, o que deixa transparecer o abaixamento do nivel intellectual. Este não tarda muito a se seguir á diminuição da vida affectiva; pela falta de interesse pelas cousas, deixam elles de evocar uma série de estados de consciencia que pelo abandono em que jazem, ficam condemnados a desapparecer. O patrimonio intellectual tende cada vez mais a minguar, não só porque o doente não adquire novos conhecimentos, como porque se não utilisa dos adquiridos. Por este motivo é notavel o contraste entre a antiga capacidade intellectual e a facilidade com que no momento actual se acceitam babozeiras e se repetem tolices.

Ha logo a falta de senso critico a afastar convicções tolas.

Ha commummente no inicio da eschizophrenia uma sensação de mal estar que acarreta irritabilidade e, não raro a convicção de que esteja doente. E' o caso, em que o individuo vai assistindo á modificação de sua personalidade.

O eschizophrenico responde, frequentemente, mal humorado ao que se lhe pergunta, e o tom irritadiço se accentúa quando se lhe dirigem aquelles que mais deveria reverenciar.

São individuos que se encolerisam por qualquer nonada.

Não são logicos nas suas reacções emotivas.

Assim um demente precoce, a quem communiquei o fallecimento da progenitora que o adorava, mostrou-se risonho, como si lhe déra uma bôa nova, e Masselon cita um caso em que a demente precoce se mostrou muito alegre porque disse ter de usar cartas tarjadas de negro, citando Pascal outro que disse que um filho fizéra muito bem em ter morrido.

Ribot estabelece quatro phases na dissolução affectiva: a perda das emoções estheticas e intellectuaes, a das emoções altruistas, a das ego-altruistas e a das egoistas propriamente ditas.

Na eschizophrenia desapparecem muito cedo as tres primeiras variedades e duradouramente só persiste a ultima.

A sensação de prazer se some antes da de dôr. O individuo já se não alegra com cousa alguma, não tem gosto em cousa alguma, quando, no entanto, ainda se dóe do que se lhe faça.

A *consciencia* persiste clara e só em estados de grande excitação ou profundo estupôr se antolha um tanto obnubilada. A's vezes, um doente que se affigura indifferente, surprehende por uma resposta sensata a uma pergunta que se faça, ou acóde com uma observação irritada a um commentario descuidosamente feito diante delle.

A *memoria* não apresenta alteração sensivel.

E' este um dos motivos por que o termo demencia precoce foi mal escolhido, pois se pensa que haja amnesia quando tal se não verifica. Conheço um caso no Hospital Nacional de Alienados, em que o demente precoce recitava de cór poesias inteiras de Olavo Bilac. De outro sei que mostrava no mappa geographico, com acerto, cidades pequenas, a cujo respeito era arguido.

Como não tenha interesse pelas cousas, nellas não vai fixando a attenção e por isso o seu patrimonio ideativo se vai enriquecendo com acquisições novas.

George e Vieregge em experiencias feitas demonstraram a *fraqueza da attenção*. Isto é um ponto interessante, pois permitte distinguir num periodo de grande agitação um maniaco e um demente precoce, pois emquanto aquelle presta attenção e se dirige a quantos entrem no quarto, este fica indifferente e persiste a gritar e saltar, sem que dê attenção ao visitante.

As experiencias de Masselon, com o chronometro de d'Arsonval, e as de Kraepelin, com o de Hipp, demonstram que ha demora no tempo de reacção, independente de qualquer fadiga.

E' communissima na eschizophrenia a distracção e o individuo, embebido num sonho risonho, não acóde com facilidade á realidade desagradavel.

Muitas vezes occorre a *confabulação*. Ha uma falsificação das recordações e o individuo mistura factos reaes com imaginarios, testemunho este da pouca attenção que prestou ás cousas, e da actividade da imaginação que o mantém no sonho.

O *raciocinio* vai pouco a pouco ficando mais pobre e inferior. Ja porque se não interesse pelas cousas, já porque não faça novas acquisições o facto é que no fim de pouco tempo o doente tem o seu horizonte intellectual muito limitado e evidentemente se affigura menos intelligente que antes. E' este o motivo, porque o delirio é, nestes doentes, tão frequentemente, tolo e pueril.

Em pesquizas sobre *associações de idéas,* Bouman observou frequentemente repetição de respostas, associações sem sexo e omissões.

Como Bleuler assignala, o raciocinio seguido e logico se torna difficil.

Começa a contar uma cousa e se distrahe, interrompe ou intromette outras. Na leitura Pfersdorff observou a perseveração em certas palavras e a passagem de uma linha para outra distante, sem que désse pela falta de nexo.

A's vezes ha o que Bleuler chama negativismo intellectual. O doente não consegue dar uma resposta razoavel e numa verdadeira paralogia constante diz um grande absurdo em resposta ao que se pergunta. Por exemplo, pergunta-se que idade tem e diz um dia.

Os *disturbios da cenesthesia* têm um feitio muito particular e muitas vezes os doentes se sentem como influenciados, magnetisados, hypnotisados, confessando que não têm liberdade de pensamento, que lhes advinham as idéas, que as roubam ou as reproduzem.

Esta sensação de vassalagem, contra a qual protestam e se revoltam, colloca-os numa irritabilidade extrema. A idéa de influencia physica vai ás vezes agir nos traços physionomicos e o individuo pensa que mudou de cara, que está com um aspecto muito differente de outr'ora.

Disturbios da cenesthesia constitúem symptomas dos mais importantes, nas manifestações iniciaes da eschizophrenia.

O doente se sente differente do que era, mudado mesmo no seu physico. Para verificar isto, leva a se mirar no espelho. E' o *signal do espelho,* descoberto por Paulo Abely e por Achilles Delmas, em que o individuo leva a se olhar a todo instante no espelho, não por sentimento de vaidade, e sim pela preoccupação de verificar bem si está ou não mudado. Particularmente o aspecto dos olhos impressiona os doentes eschizophrenicos em começo. Parece-lhes que elles estão demasiadamente abertos ou muito apertados. Ha, outrosim, uma sensação de aperto nos olhos, de fadiga facil á leitura. Têm muitas vezes uma sensação de influencia estranha, uma especie de vassalagem que os colloca embaraçados no pensamento prompto, numa acção sem peias. Ostancow em Dezembro de 1934 escreveu a respeito, dizendo ser mais frequente nos homens e coincidir com syphilophobia. Reidar Bing, em trabalho de Agosto de 1931 a respeito de estados neurosicos no inicio da

eschizophrenia, chama a attenção para esta sensação de mal estar, mesmo de estar doente. O doente se queixa de estar differente do que era, de estar transformado, de se estar tornando um alienado.

Em trabalho que escrevi em 1917, no Livro Jubilar do notavel e hoje muito pranteado Prof. Rocha Faria, a respeito de manifestações iniciaes da demencia precoce, busquei caracterisar este feitio clinico.

Além das cenestopathias acima referidas ha um aspecto clinico que lembra muito a neurasthenia.

Ha como manifestações iniciaes, vertigens, cephaléas, crises menstruaes, disturbios na vida sexual, anomalias do senso moral, enfraquecimento da capacidade intellectual, periodos de abstração, anomalia na exteriorisação das emoções, exquisitice nas attitudes, reacções irregulares e disparatadas, tiques, crises hystericas.

Em trabalho que escrevi em 1910, na Revista Syniatrica, já havia tratado das perturbações da cenesthesia em dementes precoces.

O eminente Prof. Alejandro Raitzin, de Buenos Ayres, em trabalho muito interessante na Semana Medica, de 4 de Julho de 1935, analysou aquillo que elle chama *signal de riso*. E' o riso sem motivo, sem ligação com o tom emotivo, em crises explosivas e immotivadas.

Verificou que na eschizophrenia o signal do riso coincide com o onanismo, podendo haver um verdadeiro phrenesi masturbatorio.

Signal do supercilio consiste em levantar ou franzir frequentemente um supercilio de modo isolado. Nota-se muito no eschizophrenico. Ha tambem o *signal estatico da cauda do supercilio,* sendo a cauda repuxada para cima mais energicamente do que a cabeça.

Abély e Trillet chamam a attenção para um *syndromo pupillar* caracteristico da demencia precoce. Consiste em uma substituição rapida da mydriase pela myose, depois de algumas oscillações pupillares bruscas, sob a influencia da luz.

A *capacidade intellectual* decahe sensivelmente e as idéas vão cada vez mais se resentindo do cunho de puerilidade e extravagancia.

Cousas que o individuo não acceitaria antigamente como possiveis, vem a admittil-as sem maior ponderação.

Na sua vontade se sentem tambem influenciados e ás vezes declaram que procedem desta ou daquella fórma,

porque os inimigos a isso os obrigam. Muitos actos extravagantes que praticam, obedecem a esta genesis.

Em alguns casos ha como que uma parada do pensamento e da acção e se sentem inhibidos. Esta sensação de falta de liberdade justifica o estado de tristeza ou de irritabilidade que no inicio da eschizophrenia se antolha. E' uma doença que nunca se inicia por um periodo de alegria e isto é explicavel pela depressão accentuada da cenesthesia.

Ella e a confusão mental são as doenças em que ha mais allucinações.

Muito precocemente surgem ellas e em pouco dominam completamente o individuo.

De todos os sentidos são observadas, predominando, porém, as do ouvido.

Idéas de peccado, de auto-accusação existem em alguns casos, mas o mais commum são as de *perseguição*. E' ella exercida imaginariamente pelas pessoas que mais prezam o doente, ficando dolorosamente surprehendidas quando se vêm focalisadas na ira morbida.

O odio é tanto maior quanto se sentem influenciadas por estes inimigos que os não deixam pensar, os transformam, lhes roubam o pensamento e lhes tolhem a acção.

Quando o *delirio de grandezas* se constata, lembra muito o da paralysia geral. E' exaggerado, absurdo e pueril.

As *idéas de natureza sexual* dominam frequentemente, sob o ponto de vista allucinatorio, o quadro clinico. Escutam declarações que lhes revelam terem sido victimas da pederastia, ter-lhes sido roubada a potencia, ter havido relações sexuaes contra a vontade propria.

Ha, ás vezes, um estado de irritabilidade mais accentuada diante de pessoa do sexo opposto, o que se explica pelos disturbios da cenesthesia e de idéas delirantes que o doente tenha apresentado.

Sob o ponto de vista motor, encontra-se a mesma falta de liberdade de acção que se verifica no pensamento. Ou o individuo obedece servilmente ás ordens dos outros que o dominam e influenciam, e ha o *automatismo sob commando*, ou depende este de allucinações que o empolgam e lhe não permittem mover-se como quizéra. O eschizophrenico sente, ás vezes, como uma rede a lhe inhibir os movimentos e a falta de liberdade é mais um aguilhão á sua irritabilidade.

Destes actos automaticos participam a echolalia, a echopraxia e a echographia, em que ha, respectivamente, a repetição das mesmas palavras, dos mesmos gestos e da escripta.

Os *impulsos* são communs nos eschizophrenicos que representam doentes dos mais perigosos.

Sem que cousa alguma faça prever uma aggressão, retribuindo a quem maior somma de gentilezas lhe prodigalise, investe o eschizophrenico, atirando qualquer objecto que lhe venha á mão, e aggredindo furiosamente quem delle tal não esperava. O perigo é ainda maior, porque o eschizophrenico é muito traiçoeiro.

Ha em alguns casos o que se chama *negativismo* que Kahlbaum definiu a "tendencia permanente e instinctiva a reagir contra toda solicitação do mundo exterior, qualquer que seja a sua natureza".

O negativista evita mudar de posição ou de lugar, obedecer ao que se lhe determina, fazendo mesmo muitas vezes o contrario do que se lhe manda. Ha um espirito conservador e opposicionista nos actos do doente.

Si está sentado e se pede que se levante, firma-se ainda mais no banco em que se ache. Si está com a cabeça abaixada e procura-se erguel-a, faz força em contrario.

Procura reter a urina e fézes. A saliva exaggerada e grudada muito tempo na bocca, escorre-lhe depois pelos cantos, sem que trate de a limpar.

Si se contraria o doente, fica muito irritado e chega a aggredir as pessoas.

Como o negativista faz muitas vezes o contrario do que se quer, é melhor puxal-o para traz, quando se tiver desejo de que vá para diante.

Entre as manifestações de negativismo ha a *sitiophobia*, a *immundicia*, o *mutismo*, a *mão negativista*, a *analgesia* e o *syndromo de Ganser.*

Na *sitiophobia* ha a opposição a tomar alimento. Muitas vezes ha a idéa delirante que lhe impõe tal recusa.

Pensa que si comer, ficará envenenado, e passará dias ao lado da comida, sem que della se sirva.

São doentes em que se faz mistér fazer a alimentação pela sonda durante muitos dias.

A *immundicia* é relativamente frequente nos eschizophrenicos. Casos tenho tido, em que ha um contraste frisante entre a limpeza que antes ostentavam, e a sordice, em que vivem. Os doentes se emporcalham com as urinas,

com as fézes, com a saliva ou com o fumo e rôtos e desgrenhados ficam numa sujeira enorme.

O *mutismo* faz com que o doente fique sem dizer uma só palavra.

Muitas vezes tal succede, porque escutam elles uma voz que lhes diz que, si falarem, morrerão. Outras vezes, é elle explicavel pela grande distracção em que se encontram, entregues a uma preoccupação interior, a uma vida de sonho acordado, que lhes não permitte dar conta do que se vai passando no ambiente.

O mutismo é, ás vezes, interrompido por uma série de improperios que vêm demonstrar que o doente escutava o que se dizia a seu lado.

A *mão negativista* é um episodio muito interessante na eschizophrenia.

Quando se tenta abrir a mão do doente, elle a fecha com tal violencia e tão demoradamente a mantém fechada que chega a ponto de encravar as unhas na palma.

Frequentemente se mostra ella inchada, ferida, cheia de erupções ou com um certo gráo de atrophia,

A *analgesia* permitte que se espete um alfinete na testa do doente, sem que elle o sinta e o arranque. Vi ser isto muitas vezes feito pelo Prof. Kraepelin que lhe dava grande significação clinica.

Quanto ao *syndromo de Ganser,* consiste elle em dar respostas absurdas ás perguntas que se lhe fazem. Ha um verdadeiro jogo de disparates, em que parece que o doente porfia em nunca dar uma resposta sensata. A's vezes parece ser esta ainda mais extravagante, do que realmente o é, pois corresponde a um pensamento que obceca o individuo

E' a exteriorisação de uma idéa occulta. Póde tambem ser o producto de uma distracção.

E' frequente nos eschizophrenicos a *suggestibilidade.*

Deny e Roy a definem: "uma tendencia geral, permanente e instinctiva a adoptar qualquer solicitação vinda do exterior, seja qual fôr a natureza desta".

E', pois, o contrario do negativismo.

O individuo póde ficar como si fôra uma massa de cêra, conservando qualquer posição em que seja collocado. Levantem-se por exemplo, uma perna e um braço e duradouramente ficarão elles nesta posição incommoda.

As attitudes mais extravagantes são acceitas sem protesto nem analyse.

Prova de grande passividade do doente ha no *signal da lingua de Kraepelin,* que consiste em picar a lingua do doente, logo que a ponha para fóra da bocca, e em obter que elle repita varias vezes o acto, embora de cada vez seja ella novamente picada.

Outra prova de suggestibilidade fornece a *mão docil e perseveradora* que toma e conserva as posições extravagantes, em que seja collocada.

Ha, além d'isso, a *echolalia,* a *echopraxia* e a *echographia* que são provas de suggestibilidade.

Quando o individuo fica na situação de adoptar passivamente qualquer posição, em que seja elle collocado, ha o que se chama *catalepsia* e uma grande flacidez muscular colloca os musculos como si fossem de cêra.

O contrario se verifica na *catatonia* em que o doente fica em certas posições, mantendo, porém, o tonus e a resistencia muscular.

A *estereotypia* é definida por Kraepelin como caracterisada pela "duração anormal dos impulsos motores, quer se trate da contracção permanente de um certo grupo de musculos, quer da repetição frequente de um mesmo movimento".

Ha estereotypias em que o individuo conserva uma mesma attitude, uma mesma posição, são as *akyneticas,* e ha aquellas, em que se repetem os mesmos gestos e movimentos, são as *parakyneticas.*

Nas akyneticas, ás vezes, a imposição é extravagante e forçada e fica-se admirado de ver o doente permanecer horas a fio, ás vezes como crucificado, outras agachado, outras recostado num canto, etc.

Nas parakyneticas ha casos como um que vi no Hospicio, em que o individuo caminhava horas a fio, fazendo a volta do pateo sempre na mesma direcção, afastando irritado, sem se desviar, qualquer obstaculo que lhe antolhasse.

Em outros casos, o doente caminha a saltar, ou esfrega as mãos uma na outra, ou enrola e desenrola uma mécha de cabellos, ou repete caretas, ou balança constantemente a cabeça, ou esfrega a miúde o nariz etc.

A estereotypia é frequentemente o producto de uma distracção e o individuo repete o acto, esquecido de que o fez.

A's vezes, é allucinação que campeia de tal fórma sobre o individuo que o torna incapaz de prestar attenção a qualquer cousa, collocando-o a repetir um acto, de cuja

execução se esquece. Outras vezes é a propria allucinação que o impõe.

Sente-se ameaçado de morte si o não fizer, e é este o motivo, porque não deixa de o fazer.

O *maneirismo* é uma modalidade particular de estereotypia. Parece haver affectação e o individuo se torna extravagante no falar ou no agir. Tenho uma cliente que fala constantemente em voz de falsete e accentúa sem motivo certas phrases. Outro caminha, gingando o corpo de uma fórma particular.

Na eschizophrenia ha muitas vezes a paramimia, isto é, a expressão physionomica não traduz aquillo, em que o doente deveria estar pensando. Faz-se uma cousa que deveria dar prazer ao doente, e elle se mostra carrancudo.

A's vezes, é igualmente o elemento allucinatorio que explica esta anomalia de exteriorisação.

E' curioso como o eschizophrenico ri sem motivo e muitas vezes prorompe numa gargalhada demorada, quasi insopitavel.

Nadal assignalou o facto curiosissimo de coexistir uma expressão de tristeza da parte superior do rosto com um sorriso fagueiro.

Muitas vezes fala elle sósinho durante muito tempo, ou exteriorisando o seu pensamento, ou respondendo ás suas allucinações.

A intoxicação é muitas vezes curiosa: ou fala em tom de falsete, ou em dous tons, ou como si fôra uma criança.

A's vezes ha o que se chama reacção de Neisser e a proposito de tudo, o doente responde sempre a mesma cousa.

Parece haver a intoxicação por uma palavra.

Em alguns doentes ha o emprego de neologismos que podem ser activos, passivos ou demenciaes.

Os activos são constituidos por termos que o doente cria e estabelece a proposito.

Os passivos não têm razão de ser e correspondem a uma associação automatica. Os demenciaes não têm o menor nexo.

Chama-se *psittacismo* a associação de palavras sem nexo que se vê na eschizophrenia, precipitando-se o doente numa logorrhéa desconnexa e absurda.

Ha uma verdadeira salada de palavras.

No que faz o eschizophrenico ha muita incoherencia, porém muito menos, em geral, do que no que fala.

Na eschizophrenia se verificam muitas vezes crises convulsivas, de feitio hysterico ou epileptico. Verifica-se isto, muitas vezes, bem no inicio da doença. Figura a doente como uma hysterica, em que os ataques se repetem, mas a observação cuidadosa já permitte que se constatem os signaes caracteristicos da eschizophrenia que são a meu ver, a perda de affectividade, a perda de iniciativa e a associação extravagante de idéas.

Ictus apoplectiformes ou aphasicos tambem se observam, embora muito mais raramente.

Ha um certo gráo de hyperexcitabilidade dos musculos á percussão. Danton chamou particularmente a attenção para a hyperexcitabilidade dos musculos da face e do nervo facial, como signal precoce da catatonia.

Dide verificou, em geral, exaggêro dos reflexos tendinosos, diminuição ou abolição dos reflexos cutaneos e hypertonus muscular.

As pupillas se mostram frequentemente dilatadas e desiguaes. Reichmann, em 1914, publicou no Archiv. für Psychiatrie um artigo, em que assignalou haver em 70% dos casos perturbações na reacção pupillar á luz, ficando intacta a convergencia. Ha uma demora na reacção, com ou sem deformação pupillar, uma certa immobilidade, vagar na reacção á compressão dos ovarios.

Ha na catatonia o signal de Pilcz-Westphal que consiste em ficarem as pupillas que se achavam muito dilatadas, muito estreitadas, depois de fechar com força, durante alguns segundos, as palpebras.

Westphal chamou tambem a attenção para a reacção paradoxal que consiste em ficarem as pupillas muito didatadas, depois de sobre ellas agir uma luz forte. Tyson e Clarck chamaram a attenção para a insensibilidade da cornea.

No que diz respeito ao apparelho circulatorio ha muitas vezes o abaixamento da pressão arterial, frequentemente ha disturbios vaso-motores, constatando-se edemas, cyanose, dermographismo e resfriamento das extremidades

Dide e Trepsat descreveram o pseudo-edema catatonico que consiste em ficarem os pés inchados em sua face dorsal, sem que haja depressão com a pressão dos dedos, sem que haja desapparecimento com o repouso, podendo, ás vezes, sobrevir uma eschára.

Ha, ás vezes, tambem cyanóse das mãos que podem ficar um pouco inchadas.

Ha frequentemente anemia, verificando-se que depois do individuo ficar pouco a pouco e cada vez mais anemiado, se desenvolve a tuberculose pulmonar que tem uma grande predilecção pelos eschizophrenicos.

Examinado o sangue, Dide e Chenais assignalaram augmento do numero de eosinophilos.

Ha augmento do numero de globulos brancos e diminuição da resistencia globular.

Lhermitte e Camus verificaram anemia, com ligeira leucocytose.

Perugia, Lewis, Bruce e Peebles verificaram haver na phase aguda da eschizophrenia hyperleucocytóse persistente, embora ligeira, a qual é mais sensivel nos polynucleares e nos grandes mononucleares. Quando ha estupôr, a leucocytóse sóbe muito e vai a 16.000. Maurice Dide e Fages, na Société de Neurologie de 5 de Julho de 1923, apresentaram uma communicação, em que demonstraram haver uma hypoglycemia bem accentuada de 0,44 a 0,75. quótas hypoglycemias excepcionaes em pathologia geral e em absoluto contraste com o que se vê na epilepsia, paralysia geral, demencia senil, etc.

Witte disse que ha uma diminuição dos lipoides no sangue.

No que concerne á urina, Dide e Chenais constataram diminuição na sua quantidade e na percentagem de uréa.

Régis disse que ha quasi constantemente um pouco de albumina.

Pighini verificou na phase aguda perda de phosphoro, enxofre, azoto e calcio.

Perda mais ou menos consideravel de phosphatos tenho constatado em doentes meus. Buscaino, na Revista di Pat. Nerv. e Mentale, de Dezembro de 1923, assignala a presença na urina de substancias que produzem uma reacção corante negra e que podem ser identificadas a aminas de nucleo incidozólico, especialmente derivados da beta — incidozólíletilamina. A eliminação destas substancias é continua, parallela á evolução da doença, desapparecendo com a cura. Diz elle que a eschizophrenia e a confusão mental são manifestações de uma mesma doença: intoxicação pelas aminas de nucleo incidozolico.

Quanto á saliva, Pini, analysando-a, encontrou-a mais viscosa. Ha muitas vezes exaggero de secreção salivar.

No que concerne ao suor, deve se consignar um facto que existe no começo da demencia precoce e consiste em suar muito nas mãos

A's vezes ha verdadeiros accessos de suor generalisado.

Segundo Smith e Gibsen o liquido cephalo-rachidiano se verifica esteril. Lhermitte e Camus falam numa ligeira lymphocytóse.

Disturbios digestivos são muito frequentes e alternam dias de diarrhéa com outros de prisão de ventre. Em consequencia do delirio, o eschizophrenico mastiga mal, concorrendo isto para a má digestão.

Os disturbios catameniaes são communissimos, particularmente a amenorrhéa.

Em geral, o doente emmagrece muito e só no momento em que a doença já está perfeitamente constituida e bem desenvolvida, apparece uma gordura que se póde tornar excessiva.

E' raro o eschizophrenico que dorme bem Em geral, noites e noites a fio decorrem, em que o delirio irrita e mantém insomne.

São estes predicados os essenciaes a qualquer eschizophrenico.

Os auctores dividem, porém, a modalidade clinica em grupos, em que, com um fundo commum, certas qualidades são mais accentuadas que outras.

Kraepelin, na 7.ª edição do seu Tratado, admitte tres fórmas: hebephrenica, catatonica e paranoide.

Na 8.ª edição multiplica elle, porém, as divisões e comprehende as seguintes: demencia simples, deterioração nescia, deterioração depressiva e estupôr, deterioração depressiva com delusões, circular, agitada, periodica, catatonica (com excitação catatonica ou estupôr catatonico), paranoide e eschizophasia.

Mudou a rubrica da fórma hebephrenica que distribue em pequenos grupos.

Conhecida a symptomatologia geral, torna-se muito mais facil descriminar o que cabe a cada um dos pequenos grupos.

A fórma *simples* não é admittida por todos os autores. E' a que se apresenta mais desataviada de qualquer predicado outro que não os fundamentaes da demencia precoce: perda da affectividade, perda da iniciativa e associação extravagante de idéas. Ha uma verdadeira pobreza da vida psychica.

A capacidade intellectual se torna mais fragil que até então, e a personalidade menos estavel.

Ha uma verdadeira decadencia intellectual.

Sem que haja allucinações, o individuo vive deprimido, muitas vezes distrahido, incapaz de se entregar com ardor ao trabalho ou por alguma cousa revelar interesse mais vivo.

E' este o typo da demencia primaria progressiva dos adolescentes.

Surge ella neste periodo e ha um contraste entre o que psychicamente se ia dando e o que se passa a dar.

A memoria é boa, mas o pensamento é menos rico, menos variado.

Commumente, nestes casos se destaca a indolencia. O doente fica mais preguiçoso e fica horas e horas, sem que faça cousa alguma. Constantemente distrahido, custa a responder ás perguntas que se lhe façam.

Habitualmente mal humorado é visivel a preferencia que tem na sua malquerença pelas pessoas de casa.

Torna-se incapaz de um trabalho continuado e si insiste, ardem-lhe os olhos, pesa-lhe a cabeça, custa a comprehender e distrahe-se, o que o faz refugar por incommoda a occupação.

O eschizophrenico simples lembra muito o neurasthenico e muitas vezes a familia appella para esta ultima hypothese, por ser muito mais favoravel. Não haverá difficuldade na diagnóse differencial, si se attender a que na neurasthenia não ha perda de affectividade, nem associação extravagante de idéas.

Durante muito tempo póde persistir a eschizophrenia simples e, convenientemente medicada, será ella sempre curavel.

O disturbio endocrinico se não desenvolveu a ponto de determinar a atrophia das cellulas nervosas cerebraes.

Nesta fórma não ha o menor delirio, nem tão pouco qualquer allucinação. Della póde o doente passar a qualquer das outras, representando isto sempre um signal de peiora.

Na *deterioração nescia* ou *demencia simploria* ou *atoleimada* (lappische Verblödung) já ha uma dissociação nitida entre o sentir, o pensar e o querer. Representa uma das divisões do que em 1871 Haecker denominou hebephrenia ou loucura da puberdade.

Segundo Kraepelin, corresponde exactamente á hebephrenia antiga.

Ahi já ha delirio e se destacam allucinações.

Ha a principio um quadro clinico que lembra muito a melancolia, seguindo-se a este um estado de agitação semelhante ao da mania e vindo depois um estado de accentuada decadencia intellectual.

A personaliduade se modifica profundamente.

Desde cedo o individuo se sente mal e se queixa de vertigens, dôres de cabeça, abatimento, inaptidão para o trabalho, insomnia, irritabilidade e mal estar generalisado.

Custa-lhe concatenar as idéas, porque vive sempre distrahido. O pensamento se torna mais pobre, a intelligencia menos viva.

O proprio doente nota que está ficando differente do que era até então e com isto se entristece e se irrita.

Surgem allucinações, em que apparecem espiritos, demonios, phantasmas, etc. Nesta questão do delirio, é preciso frisar bem que está sempre elle de accôrdo com a capacidade intellectual e cultura do individuo, e que a pessoa que, por exemplo, não acreditar em demonios, não poderá delirar a respeito delles.

Muitas vezes ha idéas hypocondriacas e, sentindo uma grande pressão na cabeça, pensa logo o doente que esteja muito mal, com syphilis no cerebro. As idéas são frequentemente pueris, demonstrando sensivel abaixamento do nivel intellectual. Assim ha o caso de uma doente que, sem que percebesse que era um absurdo o que affirmava, declarava que tinha o Kaiser dentro do estomago e um telephone dentro da cabeça.

E' este um ponto que sempre precisa ser evocado para uma bôa diagnóse: o de que um demente precoce diz cousas que são absurdas e que estão em evidente contraste com a intelligencia e criterio que anteriormente possuia.

Surge em alguns casos um delirio de grandezas que igualmente se reveste de um cunho de absurdeza. Declara-se o mandado de Deus, vai ser o novo Christo.

A attitude do doente varia de accordo com a idéa delirante e caminha elle de modo affectado.

Na escripta do doente já se notam feitios extravagantes de letras que correspondem a interpretações cabalisticas. Já ha annotações mysteriosas, riscos de significação absurda.

O somno é perturbado por pesadelos e, ás vezes, o doente passa durante a noite muito mais excitado do que durante o dia

A cada passo se verifica no eschizophrenico a pratica de cousas tolas e absurdas. Assim, diante da comida, o doente saúda os pratos como si fossem conhecidos, ou devora os manjares, sem que os mastigue bem.

Na *deterioração depressiva com estupôr* ou *demencia simples depressiva* ou *estupôrósa* (einfachen depressiven oder stuporösen Verblödung), ha fraqueza mental, com ou sem estupôr. Depois de dias com dôres de cabeça, vertigens, inappetencia, crises hysteriformes ou epileptiformes, ha allucinações da vista e do ouvido, em que se deparam cousas que humilham e impressionam o doente e o fazem ficar triste e hypocondriaco.

Accusa-se de ter sido onanista durante muito tempo e por causa disto ter havido uma atrophia dos nervos ou um amollecimento do cerebro.

Idéas de peccado ou de perseguição surgem, não sendo raro nellas o cunho pueril e absurdo.

Em geral, desde o inicio se constata no doente uma ansiedade que lembra muito o quadro clinico do nervosismo.

Não ha mais para elle bem estar e alegria.

Nesta fórma clinica ha, ás vezes, tentativas de suicidio, explicaveis pelo desespero e afflicção em que vivem os doentes.

Pouco a pouco vão ficando mais confusos em suas exposições e menos senhores de suas acções. Vão ficando mais parados, mais abstractos e se desenvolve o estado de estupôr.

Na *deterioração depressiva* com *delusões* ou *demencia depressiva* com *formação de delirio* (depressiven Verblödung mit Wahnbildungen), ha muitas allucinações. O delirio é sem nexo, multiforme em sua exteriosação, e frequentemente de fundo persecutorio. A perseguição é feita de modo absurdo mas a decadencia intellectual do doente já lhe não permitte acceitar como logico aquillo que realmente o seja.

Ha um ligeiro fundo de confusão, entretido pela multiplicidade das allucinações.

Ha frequentemente disturbios da cenesthesia, igualmente interpretados sem muita logica.

Podem surgir tambem idéas de grandeza que, no entanto, não têm grande estabilidade. Quadro clinico predo-

minante é o de tristeza e muitas vezes ha a pratica de tentativas de suicidio.

Ha um grande grupo de eschizophrenicos que se caracterisam pelo seu estado de grande excitação, além dos elementos fundamentaes da eschizophrenia.

Nelles se póde admittir como uma modalidade ou subgrupo, a fórma *circular*.

Nella a um periodo mais ou menos longo de depressão se segue uma phase de grande agitação. Lembra muito o que se observa na fórma circular da psychose periodica e que hoje se compendia na psychose maniaco-depressiva. No entanto, a se distinguir desta deve-se lembrar que não faltam allucinações que condimentam e fomentam a cada passo o delirio.

Notam-se disturbios varios da cenesthesia e o desespero do doente cresce, ás vezes, a tal ponto que chega elle a tentar o suicidio.

O thema das allucinações é pueril.

De quando em vez irrompe um impulso illogico e extravagante.

Muitas vezes é notavel o manierismo e o doente toma attitudes extravagantes e theatraes.

Noutro sub-grupo, a fórma *agitada*, desde o inicio ha grande excitação. Ainda ahi ha muitas allucinações, o que serve para distinguir do typo mania da psychose maniaco-depressiva. O doente vê anjos e demonios que lhe falam, e no delirio ha um grande contraste entre a capacidade intellectual que o individuo possuia anteriormente e a que revela no momento.

E' commum o delirio de grandezas. O doente muitas vezes se sente transformado. Julga-se outro, mais notavel e mais rico. Ha um estado de satisfação pueril.

Outra modalidade de eschizophrenia é a fórma *periodica* que guarda estreita relação com o periodo catamenial e que melhor fôra chamar fórma menstrual.

A menstruação vem muito escassa ou chega mesmo a falhar, surgindo então um estado de grande agitação com confusão mental. Depois que as regras apparecem ou quando cessam ellas, tudo se esvai e a doente fica perfeitamente tranquilla. Na nova phase catamenial o mesmo quadro clinico se repete e no fim de poucos mezes a demencia precoce se installa de modo definitivo. Esta modalidade clinica merece, se lhe preste grande attenção, por isso que é commum haver nas moças nervosas e insuffici-

entes do ovario um accrescimo de excitação quando se acham nas vesperas dos menstruos e poder-se-hia pensar que se tratasse de uma cousa sem importancia, quando já se tivesse de lidar com uma doença gravissima.

Estes casos eram outr'ora apregoados como de hysteria e hoje se sabe que se trata de cousa muito mais seria.

O estado de agitação attinge a grande intensidade, mostrando-se a doente dominada por allucinações e illusões.

Em geral, depois de um destes periodos de agitação confusional a doente emmagrece sensivelmente.

Kraepelin diz que outr'ora englobava estes casos na psychose maniaco-depressiva, mas que um exame mais cuidadoso lhe permittiu reconhecer nelles os elementos fundamentaes da demencia precoce.

Penso que será mais clinico englobar na rubrica de *demencia precoce hebephrenica*: a *deterioração nescia*, a *deterioração depressiva com estupôr*, a *deterioração depressiva com delusões*, a *fórma circular*, a *agitada* e a *periodica*.

Em qualquer dellas ha como elementos communs a perda da affectividade, a perda de iniciativa, a associação extravagante de idéas, modificações da personalidade, abaixamento do nivel intellectual e disturbios sensoriaes com allucinações multifarias.

Na eschizophrenia simples não ha allucinações, na hebephrenica ha uma grande quota de allucinações.

Na eschizophrenia *catatonica* ha essencialmente perturbações motoras.

Kahlbaum descreveu em 1874 como catatonia um quadro clinico, em que ha successivamente melancolia, mania, estupôr, confusão mental e demencia, destacando-se manifestações motoras espasmodicas ou de inhibição.

Os doentes de eschizophrenia catatonica podem dividir-se em dous grandes grupos: os de agitação catatonica e os de estupôr catatonico.

As estereotypias e os impulsos são os predicados fundamentaes da agitação catatonica; o negativismo e a suggestibilidade os do estupôr catatonico.

Ao passo que o hebephrenico agitado tem abundancia de allucinações e idéas delirantes, o catatonico é dominado essencialmente por manifestações motoras.

Salta de um lado para outro, grita, reproduz os mesmos gestos, faz tregeitos e cabriólas sempre no mesmo

lugar, tem impulsos aggressivos e ás vezes tem, sem causa, idéas de suicidio.

O catatonico agitado distingue-se do doente da psychose maniaco-depressiva, porque a excitação daquelle se exgota num pequeno espaço, na cama, num canto do quarto; porque se não interessa por pessoa alguma que entre no quarto e não fica mais agitado por causa disto; porque não ha a euphoria constante do maniaco; porque ha uma grande desproporção entre a palavra e o movimento e ás vezes salta muito em silencio ou fala demais sem quasi se deslocar; porque ha verbigeração; porque ha uma lembrança muito nitida do que occorreu durante a excitação e porque os actos são frequentemente automaticos.

O doente de estupôr catatonico differe do melancolico porque ha negativismo e suggestibilidade bem accentuados; porque ha mais passividade e si se lhe espetar um alfinete na testa, não buscará tiral-o e o rosto se não contrahirá; porque embora deprimido, consegue referir depois muito do que se passou; porque ha crises de gargalhada no meio do estupôr e porque ha dias de agitação no meio do periodo de estupôr.

Em geral, a eschizophrenia catatonica se inicia por uma phase depressiva, surgindo pouco depois allucinações extravagantes e idéas absurdas.

Apparece-lhe o diabo no inferno, gritando o nome do doente. Dão-lhe choques electricos. Obrigam-no a pensar em cousas, em que não quizéra pensar. E' obrigado pelos mediuns a ter relações com a irmã.

Parece-lhe que o mundo está transformado e que as pessoas mudaram de cara. Ha muitas vezes idéas de peccado e o doente se diz peór do que Judas.

Em alguns casos se constata um delirio de grandezas tôlo e inverosimel, como do doente que affirmava Deus lhe haver entregue em mão 60.000 libras.

As allucinações influenciam de tal fórma os doentes que não podem prestar attenção a qualquer outra cousa. Ficam engolphados no delirio e cahem no estupôr, ou se irritam com elle e ficam muito agitados.

Facto interessante é que a exterioração clinica mais frisante será dada pelas perturbações de movimento, para mais ou para menos.

São foreiros na eschizophrenia catatonica os symptomas que já tive occasião de descrever como attinentes ao negativismo, á suggestibilidade, á estereotypia e ao impulso.

O doente fica dias a fio mudo, sem que se consiga delle arrancar uma palavra. Toma posições que se lhe dêm, sem que indague da extravagancia dellas e proteste contra o absurdo.

Não se alimenta e dias em seguida ha necessidade de se passar a sonda esophagiana.

Horas a fio repete os mesmos gestos ou se mantem na mesma posição.

Sem que cousa alguma faça esperar, investe contra uma pessoa e a aggride ferozmente.

Apresenta numerosos tregeitos, faz muitas caretas e responde disparates ao que se pergunta.

Outras vezes, fica a falar sózinho, numa mesma toada, associando idéas absurdas.

Si o doente escreve, na escripta se encontram palavras repetidas, riscos desnecessarios ou desenhos absurdos.

Muitas vezes leva dias a reter a urina ou a evitar evacuar.

Guarda a saliva na bocca, de cujo canto vem a escorrer depois pela regorgitação.

A attitude é frequentemente contrafeita e affectada. Os olhos quedam-se fechados longo tempo, contrahido o rosto.

Durante o periodo mais agudo da catatonia, a consciencia póde ficar um tanto perturbada, mas não chega a desapparecer de todo, de sorte que é necessario cautela, para que se não diga qualquer cousa inconveniente diante do doente, de que este possa guardar rancor.

Ha mesmo em certos casos uma certa consciencia de estar doente, o que exacerba a irritabilidade do demente precoce.

Outra fórma clinica da eschizophrenia é a *paranoide*. Esta foi ultimamente muito modificada por Kraepelin que della separou o grupo das paraphrenias.

Dous elementos vi sempre Kraepelin apresentar como importantissimos para a bôa diagnóse da demencia precoce paranoide: a idéa de posse physica e o echo do pensamento.

No primeiro caso ha um disturbio da cenesthesia e o individuo se sente possuido e influenciado por outro.

Outras vezes são apparelhos que estão collocados e funccionando dentro delle. Recebe choques electricos, beliscões, puxões, influencias magneticas. Roubam-lhe a capacidade sexual. Obrigam-no a fazer certas cousas e a deixar de executar outras.

No caso do echo do pensamento, queixa-se o doente de que não póde pensar em qualquer cousa, sem que lhe roubem o pensamento e o repitam em voz alta.

Isto o irrita extraordinariamente, pois como é natural, ha pensamentos que se formulam, mas de cuja divulgação não ha vontade. Ora, é isto justamente o que se dá e o incommoda.

No que concerne á perseguição, ouvi Kraepelin dizer que os francezes têm uma expressão — on — que bem designa o vago e o impreciso da guerra que se lhe move. Frequentemente, não é uma dada pessoa como no delirio systematisado allucinatorio chronico, e são os maçons, os espiritas, os anarchistas, etc., que o perseguem. Ha como nas outras fórmas da eschizophrenia um abaixamento do nivel intellectual que se demonstra na admissão de absurdos ou extravagancias.

Já a idéa de posse physica e a do echo do pensamento são demonstrações de uma puerilidade que está muitas vezes em accentuado contraste com a capacidade intellectual anterior do doente.

Ha uma fórma *grave* da eschizophrenia paranoide, em que ao lado da perda da affectividade e da iniciativa, indispensaveis para a diagnóse de eschizophrenia, ha uma modificação profunda da vida psychica, ficando o individuo muito differente do que era anteriormente.

O doente vive irritado e muito desconfiado, imaginando que todos querem ridicularizal-o ou insultal-o.

Orgulho e desconfiança, autophilia e egocentrismo representam o fundo e a essencia de qualquer syndromo paranoide: pois bem, na eschizophrenia paranoide isto tambem se constata.

Si o delirio se constitue com uma certa systematização, é ella muito menos estavel e muito menos logica do que no delirio systematisado allucinatorio chronico. E' que neste a intelligencia se não compromette, o que se dá na eschizophrenia paranoide.

Ha muitas vezes a concepção de que todos tenham mudado de rosto e de que o proprio doente tenha mudado de aspecto.

O doente colloca-se diante do espelho e leva a affirmar que está differente do que era anteriormente. Isto o irrita enormemente.

Surgem numerosas allucinações, mórmente da vista, do ouvido e da cenesthesia. O seu thema é muitas vezes

absurdo e o doente tem difficuldade em as descrever nos seus detalhes.

Frequentemente ha a referencia a apparelhos especiaes, por meio dos quaes os inimigos roubam os pensamentos e os divulgam. Igualmente, outros apparelhos os torturam. A sua vida é constantemente influenciada pelos outros.

Si se sentam á mesa, appetecendo um prato, collocam nelle substancias putrefeitas ou fazem dahi emanar um fetido insupportavel.

Si se approximam prazeirosos de uma bella moça, sentem um beliscão nos testiculos e são forçados a perder a linha. Acreditam que lhes tirem a potencia no momento preciso. Quando de alguem se approximam, commentam-lhes as attitudes e declaram em voz alta que estão a se chegar para uma pessoa, de que são inimigos e de que falaram muito mal. Isto os aborrece e representa uma intriga.

Muitas vezes ficam abatidos e desanimados diante da atroz perseguição.

A's vezes se queixam de que por meio do hypnotismo ficam por tal fórma entregues á influencia alheia, que se exercem praticas sexuaes contra a propria vontade.

Homens desconhecidos se approximaram da doente e a engravidaram. As praticas sexuaes mais immoraes nella se exerceram.

Os doentes se queixam de terem sido compellidos á pederastia passiva.

Muitas vezes ha um delirio de grandezas, em que as cousas mais extravagantes se amontoam.

Ainda ahi os disturbios da cenesthesia desempenham papel importante, como numa doente que dizia ter a capacidade de fazer sahir filhos em quantidade, e numa outra que dizia ter duas naturezas, uma divina e outra espiritual.

Ha, ás vezes, falsificações das recordações e o doente, entremeiando factos verdadeiros com imaginarios, busca documentar suas idéas de grandeza com absurdos e disparates.

E' commum o emprego de neologismos, em alguns casos muitissimo extravagantes.

Em alguns doentes o humor se mostra indifferente, mas commumente predomina a irritabilidade. O doente procede de accordo com as suas idéas delirantes e, por este motivo póde ser muito exquisito o seu modo de agir.

As idéas delirantes podem leval-o a um negativismo muito accentuado ou á pratica de estereotypias.

O modo de falar, muito affectado e esdruxulo, póde ser interpretado como a reacção ás concepções delirantes.

Kraepelin admitte como outra modalidade da eschizophrenia paranoide o *enfraquecimento mental paranoide ou allucinatorio* (paranoiden oder alluzinatorischen Schwachsinn), em que ha essencialmente decadencia intellectual e um syndromo paranoide.

Em geral, o typo clinico se desenvolve vagarosamente e á medida que se vai organisando frouxamente um systema delirante, percebe-se que a intelligencia é muito inferior ao que era anteriormente.

O abaixamento do nivel intellectual é peculiar a qualquer modalidade da eschizophrenia, mas no caso vertente é elle mais digno de nota, tanto que os auctores allemães chegam a falar em necedade.

São communs as allucinações auditivas extravagantes e um delirio de perseguição sem logica.

As idéas basicas da eschizophrenia paranoide, isto é, as de influencia physica e de echo do pensamento evidentemente neste sub-grupo se encontrarão.

Estes factos encontram assim a justificativa em allucinações de qualquer dos sentidos, sendo que sempre se verifica de modo evidente a pobreza intellectual.

Si apparece um delirio de grandezas, salientar-se-ha a mesma puerilidade.

São curiosos os processos de defesa contra as presumidas perseguições, de que se servem os doentes. São elles vistos como os ouvidos tapados, de oculos escuros, com algodão nas partes pudendas e apparelhos especiaes que tapam o nariz

Ha casos, em que predomina o abaixamento do nivel intellectual, representando o delirio papel de pequeno destaque. Vê-se o individuo a falar constantemente baixinho, conversando com um supposto individuo, ás voltas com as suas allucinações.

Não dá explicações sobre estas e si responde ás perguntas que se lhe fazem, patenteia notavel fraqueza mental.

Outra fórma clinica da eschizophrenia que se póde englobar na paranoide, é a *schizophasia* ou *confusão de fala* (*Sprachverwirrtheit*).

Nesta o que mais chama a attenção, é a alteração do modo de falar e a desconnexão de tudo quanto vai o doente dizendo.

Ha numerosas idéas de perseguição e em alguns casos, tentativas de suicidio. Frequentemente se depara a idéa de influencia physica.

No modo de falar do doente, absolutamente confuso, percebe-se o emprego frequente de neologismos e circumloquios desnecessarios e extravagantes.

Curioso é que, ás vezes, no meio de uma verdadeira salada de palavras, ha uma certa logica e coherencia no modo do doente se portar e agir.

Em relação ao modo de distribuir as fórmas de demencia precoce, Levi-Bianchini diz com razão que ha casos em que se associam elementos de uma e outra ou o doente passa frequentemente de uma para outra. Assim, admitte elle fórmas catatono-paranoide, hebephreno-catatonica, heboidophrenica, hebephrenica, catatonica, hebephreno-paranoide e paranoide.

Na "Revue Neurologique", de 30 de Julho de 1909 desenvolve elle a questão de modo interessante. Bleuler fala nas *fórmas latentes da eschizophrenia,* que contêm em miniatura todos os symptomas da doença.

Nelken, em 1935, diz que ha essencialmente abaixamento de energia e modificação do caracter. Ha tambem nervosidade, irregularidades emocionaes, signaes paranoides ou psychosensoriaes, subjectivismo.

O distincto Dr. Heitor Péres, em optimo trabalho sobre *eschizophrenia latente* e sua importancia medico-legal, em Conferencia feita em 14 de setembro de 1933, no Curso de Aperfeiçoamento Psychiatrico, analysa o conceito. Acha que a eschizoidia, a eschizopathia, eschizomania (abstrahindo os periodos psychoticos nitidos), heboidophrenia e o periodo medico-legal de Anteaume e Mignot se confundem no feitio de eschizophrenia latente.

Bleuler diz que esta póde tornar o individuo toda sua vida extravagante e exquisito. As anomalias de conducta chamam a attenção. Em doentes que vêm a queixar-se apenas de um estado nervoso, encontram-se as caracteristicas claras do feitio eschizoide.

A *discordancia* que é uma caracteristica do eschizophrenico, encontra-se no acto delictuoso deste typo clinico. O individuo age de um modo inteiramente anormal, sem justificativa, demonstrando, outrosim, anomalias affectivas e intellectuaes.

Como bem accentua Heitor Péres, as reacções anti-sociaes são imprevistas, inexplicaveis, sem relação de causa a effeito.

O eminente Prof. Cunha Lopes no seu excellente livro sobre Eschizophrenia, de 1934, synthetisa idéas a respeito e cita Xavier Abély que diz que os disturbios moraes precedem os intellectuaes, o que não é de regra em pathologia mental.

A heboidophrenia e o periodo medico-legal da eschizophrenia, iniciaes nesta, englobam-se no conceito de eschizophrenia latente.

Consoante a idade, em que a doença apparece, póde haver uma *eschizophrenia infantil* que póde surgir antes de 12 annos e que o notavel Prof. Sante de Sanctis, tão prematuramente fallecido, capitulava *demencia precocissima* e a cujo respeito escreveu trabalhos valiosissimos.

Sante de Sanctis publicou seus primeiros trabalhos em 1906. O distincto Prof. Ciampi, da Argentina, publicou em 1919, trabalho de grande valor, em que reunio 50 casos.

Dos estudos de Higier, em 1924, e Corberi, em 1925, deduz-se que a demencia infantil deve ficar circumscripta a casos, em que haja a neurolyse lipoidéa diffusa aguda de Cerletti e Corberi ou degeneração cellular da idiotia amaurotica.

Outras vezes, trata-se de casos de syndromo eschizophrenico no decurso da encephalite lethargica.

Collocando como demencia precocissima unicamente os casos em que a symptomatologia essencial da doença se caracterise no periodo infantil, vê-se que a frequencia é muito menor e que em 1931, Camilla Korwitzowna encontrou em 3 % dos eschizophrenicos.

Lopez Albo, em trabalho de 25 de Janeiro de 1934, na Sociedade de Neurologia e Psychiatria de Madrid, descreveu casos, em que havia agitação, difficuldade no falar, echolalia, allucinações, impulsos, diminuição na capacidade de comprehensão.

Montesano separou casos de verdadeiro feitio eschizophrenico e outros em que havia uma ligeira eschizophrenia.

Tive na minha Clinica um caso interessantissimo de uma menina de 9 annos que tinha numerosos tiques, estereotypias, perda de affectividade, da iniciativa, idéas extravagantes, que falava de vez em quando numa voz de falsete, numa affectação das mais curiosas, com um manierismo dos mais nitidas.

Pude acompanhar este caso durante muitos annos e hoje está a doente no Hospital de Psychopathas, eschizophrenica typica.

A *eschizophrenia da puberdade* apresenta-se de 12 a 20 annos.

Cunha Lopes verificou uma percentagem de 21,76 % de casos.

A *eschizophrenia juvenil* é a que apparece de 20 a 25 annos. Cunha Lopes encontrou 63 ¼ % dos casos.

Eschizophrenia tardia é a que surge depois de 35 annos. A percentagem de Cunha Lopes foi de 14, 96 %.

Em trabalho de Cunha Lopes e Heitor Péres, de 1934, assignalaram a raridade destes casos. Constanza Pascal disse que se tratava, em geral, de recahida da doença. Urstein cita casos puros, tardios, depois de 40 annos, ás vezes em relação com a menopausa.

Cunha Lopes e Heitor Péres verificaram tres casos puros, como uma manifestação verdadeiramente outomnal.

As fórmas tardias são mais frequentes em mulheres. Depois de 50 annos, são verdadeiramente excepcionaes.

Tomando em consideração a questão de *raça,* Cunha Lopes e Heitor Péres acharam que o negro é principalmente hebephrenico e o mestiço paranoide.

Assignalaram, outrosim, que a hebephrenia é a fórma de eschizophrenia mais encontradiça nos Asylos.

Quanto á *frequencia,* em geral, Cunha Lopes, examinando 970 doentes, encontrou 15 % de eschizophrenicos.

Coincide esta percentagem com a de Heidelberg e com a que eu encontrei em doentes do Hospital Nacional de Alienados, em que o diagnostico da entidade clinica é feito com tanto criterio e cuidado. Isto é importante pois ha a criticar estatisticas que collocam como eschizophrenia, casos clinicos que a ella realmente não pertençam.

Quanto a questão da *hereditariedade,* o notavel Prof. Rüdin, de Munich, verificou que de um genitor eschizophrenico e outro são, 9 a 10 % dos filhos se tornam eschizophrenicos, 34 a 42 % são de temperamento eschizoide.

Si os progenitores são ambos eschizophrenicos, 53 % dos filhos se tornam eschizophrenicos e 29 % psychopathas de temperamento eschizoide.

Parentes de eschizophrenicos são, em geral, exquisitos, extravagantes, debeis instaveis.

Em optimo trabalho de 1935, o Prof. Rüdin, cujo serviço visitei minuciosamente em Munich, admiravel manancial de estudos perfeitissimos sobre o assumpto, assignalou que os filhos dos dementes precoces ou mesmo de outra doença mental têm uma tendencia a ficar aliena-

dos, preferentemente da mesma psychopathia, numa percentagem 10 a 60 vezes superior á da população média.

O competentissimo Prof. Luxenburger, cujos estudos examinei em Munich, verificou: probabilidade de enfermar de eschizophrenia: irmãos 7,5; filhos 9,1; netos, 2,42; primos, 1,75; sobrinhos, 1,72; bisnetos, 1,10; média da população 0,85 %.

Frequencia de psychopathas de typo eschizoide foi vista: irmãos 9,66; filhos, 17,60; netos 4,65; primos 9,80; sobrinhos 3,60; bis-netos 1,30; tri-netos 3,40; média da população, cerca de 2,90 %.

Bruno Schultz verificou que a hebephrenia era mais frequente nos intellectuaes e a catatonia nos homens do campo.

Sob o ponto de vista de herança, o mesmo se notava.

Weinberg declarou ter encontrado em irmãos eschizophrenicos uma percentagem de 6,7 %. As fórmas paranoides são as mais raras entre irmãos.

Em trabalho de Dezembro de 1935, feito pelo Prof. Aristides Barrancos, de Cordoba (Argentina), a respeito de pais e filhos alienados, ha a referencia ao facto que na eschizophrenia paranoide o filho tem o mesmo feitio delirante que o pai.

Oppler, na Silesia, encontrou em 109 eschizophrenicos, 9,7% filhos de eschizophrenicos.

O Prof. Boven, de Lausanne, no Congresso de Alienistas e Neurologistas de lingua franceza, de 20 a 25 de Julho de 1936, chegou á conclusão de que familias eschizophrenicas contam, em geral, mais casos de psychoses e de caracter anormal, do que as familias normaes; no ambiente familiar eschizophrenico encontram-se tambem muitos maniacos-depressivos; na eschizophrenia, o parentesco indirecto, ás vezes, se apresenta mais carregado do que o directo.

Quanto á *etio-pathogenia* da eschizophrenia, já me referi ao facto de poder ser ella attribuida a um disturbio de glandulas de secreção interna, durante o periodo da puberdade. Citei, outrosim, o facto de haver autores que a consideram provocada pela tuberculose.

Expliquei-a como dependente de um accidente da vida sexual no periodo da puberdade. Mostrei ser muito importante o papel da herança psychopathica.

Entre as causas *physicas* nenhuma conheço mais importante no caso do que *disturbios na vida sexual,* com a

sua repercussão no pensamento, a par de amor intenso e profundo.

Em trabalho que escrevi em 1920, a respeito de sexualidade e demencia precoce, desenvolvi detidamente o thema. E' raro que a doença surja em quem tenha a vida sexual inteiramente normal. Póde succeder que haja a antecedencia de excessos sexuaes, mas não é isto o mais commum. A impotencia psychica tem um papel importantissimo. D'ahi, uma vida sexual falha, espaçada.

Amores contrariados desempenham um grande papel. Muitas vezes a ogerisa para com os paes deriva disto. Uma paixão platonica póde influir.

Complexos sexuaes recalcados têm um papel muito importante.

A vida conjugal, em que desentendimentos se accumulem, tem uma enorme importancia. Nos actos intimos, em que haja brutalidade ou falta de satisfação sexual, se fundamenta um estado de irritabilidade e antipathia para o conjuge que vai ser indirectamente o causador da doença.

A Doutrina de Freud que occupa um dos capitulos deste livro, esclarece a razão de ser de muitos destes factos.

O eschrizophrenico é um sonhador acordado e quanto mais elle se debilita em uma vida imaginativa que lhe dá tudo quanto elle ambiciona, mais desagradado vai ficando elle do ambiente e das pessoas, a que attribúe todos os seus dissabores.

Hoje em dia dá-se uma grande importancia como causa da eschizophrenia, a processos toxo-infecciosos que determinem uma encephalite circumscripta.

Além da *tuberculose* e da *syphilis,* há a *infecção* colibacillar que tem suscitado trabalhos muito interessantes.

Baruk, na Presse Médicale de 14 de Outubro de 1933, disse que, com o Prof. Claude e Forestier, tinha firmado a existencia de verdadeiras demencias precoces da causa colibacillar, Lembra que o prof. Vincent isolou duas toxinas do coli-bacillo: uma que é a hepatotropica e outra que é neurotropica. Com esta realisou em animaes toda a caracteristica da catatonia, particularmente o negativismo e estereotypia.

A' *infecção focal* dá-se hoje tambem grande importancia. Gibier-Rambaud, na Presse Médicale, de 10 de Outubro de 1931, disse que uma infecção oriunda de um fóco localisado em um ou mais dentes poderia acarretar a doença. Preconisou o tratamento por uma auto-vaccina e ob-

teve bons resultados. A vulsão de dentes póde ser a necessidade.

O máo funccionamento do figado muito influe. Angiocholites e cholecystites, particularmente com ictericia, muito importam. A doença póde seguir-se a grippes repetidas.

A encephalite epidemica, mesmo em fórmas frustas, póde dar a doença, embora o mais commum seja haver uma symptomatologia que apparente a eschizophrenia, sem que na realidade desta se trate.

Accidentes do puerpeio influem muitissimo. A's vezes ha um estado confusional que se prolonga, seguindo-se um estado eschizophrenico franco.

Falta de vitaminas póde haver como causa. Um estado de desnutrição rapida póde influir muito.

O exgotamento do systema nervoso desempenha papel muito importante.

Em relação á *anatomia* e *histologia pathologica* da eschizophrenia os dados consignados são poucos numerosos e pouco concludentes.

Ha uma constatação geral de atrophia e destruição das cellulas cerebraes, mórmente no lóbo frontal, mas o mechanismo de que isto derivou, e os demais processos complementares não estão ainda bem elucidados.

Klippel e Lhermitte foram os que realisaram estudos mais bem feitos a respeito da questão, tendo tido eu occasião de vêr na Clinica Psychiatrica de Paris quadros em que se viam reproduzidas as lesões que elles tinham verificado e a cujo valor o saudoso Prof. Gilbert Ballet fazia allusões encomiasticas.

Verificaram elles que as lesões preferem o tecido neuro-epithelial, localisando-se no encephalo, cerebello, medulla, neuronios e nevroglia, não se verificando diapedèse ou lesões da parede endothelial dos vasos, ou das cellulas conjunctivas, sendo, pois, poupado o tecido vasculo-conjunctivo.

E' essencialmente lesado o elemento nobre e é por isso que se torna ella tão grave.

Das cellulas cerebraes são as grandes pyramidaes, as polymorphas e as fusiformes da sexta camada de Hammerberg as mais compromettidas.

A cellula nervosa fica cheia de um pigmento amarello que fórma como que uma poeira dentro della.

Pouco a pouco vai ella se atrophiando.

O nucleo se deforma, a membrana envoltoria se encarquilha, o nucleolo se approxima da peripheria.

Contrariamente á demencia senil, em que o pigmento amarello se accumula num ponto só, aqui está elle sempre em pó e diffuso.

Klippel e Lhermitte consideram a presença do pigmento documento irrefragavel de ter sido o caso demencia precoce.

Zalplachta assignalou a presença de pigmento tambem nos vasos e bainhas lymphaticas.

Alzheimer e Nissl constataram a proliferação de nevroglia, mórmente na camada profunda das cellulas polymorphas.

Klippel e Lhermitte frisam bem que nas meninges e nos vasos se não constata qualquer signal de inflammação aguda ou chronica. No entanto, Hecker, Kahlbaum, Doutrebente e Marchand, Anglade e Jacquin verificaram espessamento das meninges e das paredes vasculares com proliferação do endothelio, congestão, exsudato e fócos de atrophia esclerotica. Obregia, Antonio Zalplacha e Toyotane Wada constataram pequenas lacunas e fócos microscopicos de malacia na cortex.

No cerebello assignalaram a atrophia de metade delle ou de todo elle. Urechia, na "Révue Neurologique" de Fevereiro. assignala a frequencia de alterações no cerebello e a coincidencia da degeneração intensa do nucleo dentado com o estado catatonico. Laignel-Lavastine, Tretiakoff e Jorgoulesco dizem que os phenomenos catalepticos desta doença podem ser approximados dos phenomenos motores para- pyramidaes. Ha uma relação entre a lesão do nucleo caudato e do terço anterior do putamen (lesões das fibras, cellulas, placas gordurosas) e a catatonia.

Dide, Guiraud e Lafoge fizeram investigações anatomo--pathologicas que lhes permittem affirmar que na eschizophrenia as lesões dos nucleos pardos centraes e da região sub-optica são constantes, intensas e anteriores ás corticaes.

O Prof. Henri Claude, no Paris Médical, de 18 de Outubro de 1924, escrevendo a proposito da catatonia, diz que a causa da incapacidade da actividade volitiva no regular, moderar ou impedir o phenomeno psycho-motor, provocado por um mechanismo qualquer, parece residir em uma lesão dos nucleos pardos da base do cerebro, e

particularmente no corpo estriado. Nella se observa um syndromo motor analogo ao parkinsonismo e Claude acredita que o pallidum, particularmente, se ache interessado.

Nas Memorias do Hospicio de Juquery, de S. Paulo, de 1924, o notavel technico Tretiakoff analysa a significação das placas cyto-gordurosas e gordurosas que por elle e pelo talentoso Director de Juquery, Prof. Dr. Pacheco e Silva tinham sido encontradas em varios cerebros de dementes precoces.

As placas cyto-gordurosas são massas de substancia gordurosa que parecem envolver certas cellulas nervosas, ao passo que as gordurosas, simples, se acham em contacto com feixes myelinicos.

Curioso é que mais constante se revelaram ellas nos que succumbiram á tuberculose pulmonar. Não foram encontradas em casos de psychose maniaco-depressiva, paralysia geral e arterio-esclerose cerebral.

O apparecimento das placas parece a Tretiakoff o testemunho de um processo toxemico e não inflammatorio.

São ellas formados de lipoides e acidos gordurosos. A reacção nevroglica em torno das placas é quasi nulla.

Os resultados das pesquizas orientam no sentido de serem as placas cyto-gordurosas a expressão histologica de uma reacção lipoidiana humoral ao nivel dos centros nervosos.

Na medulla ha preferencia pelos cordões postero-lateraes, ficando respeitada a via pyramidal.

Em alguns casos foram assignalados processos de neurite.

No cerebro, são os lóbos frontal e occipital as sédes preferenciaes das lesões.

São estas essencialmente constituidas pela atrophia regressiva ou desapparecimento dos prolongamentos cellulares, com proliferação de nevroglia, em torno dos elementos em via de desaggregação progressiva.

O facto de ser a atrophia cellular lesão commum na demencia prococe é o motivo pelo qual seu prognostico é muitissimo sério. Não ha uma simples modificação funccional e sim uma verdadeira destruição.

Henri Claude contesta a sua significação pathognomonica e em sessão da Sociedade de Psychiatria de 27 de maio de 1909 fez referencia a caso de psychose toxi-infecciosa, em que foi ella tambem vista.

Marchand assignalou casos, em que encontrou meningite chronica e encephalite superficial com escleróse. Klippel diz, porém, discordando de Marchand, que a meningite não faz parte do quadro da demencia precoce e que a constatação della deve fazer suppôr um erro de diagnostico ou um phenomeno accidental.

Toyotane Wada, num trabalho do Instituto Neurologico da Universidade de Vienna, em 1910, disse que a lesão mais frisante da demencia precoce era a vacuolisação cellular. Accentuou que as lesões são fundamentalmente parenchymatosas, sendo que as do tecido intersticial são de importancia secundaria.

Num trabalho de Bayard Holmes, apresentado á Chicago Neurological Society, em 15 de Março de 1917, assignalou elle que no cerebro do demente precoce ha como predicado muito importante o exaggêro no conteúdo do enxôfre.

Hermann Bouman estudou modernamente, com cuidado, a anatomia pathologica da eschizophrenia e encontrou uma degeneração parenchymatosa primitiva da cortex, notou haver nas cellulas cerebraes degeneração gordurosa e esclerose, não participar a nevroglia activamente do processo, sendo a terceira camada cortical aquella em que as cellulas se acham mais lesadas, e um tanto prejudicadas tambem as da segunda e quinta camadas. Não ha signal algum de inflammação, nem vestigio de relações com alteração vasculares.

As alterações predominam ao nivel dos lóbos frontaes e temporaes e ao nivel das circumvoluções prerolandicas. Diminuem de intensidade á medida que se approximam do lóbo occipital.

Tambem encontrou lesões menos accentuadas nos ganglios centraes e em alguns casos, alterações cellulares diffusas em todo o systema endocriniano.

Kappers tinha verificado que a primeira e a segunda camada corticaes são essencialmente receptoras de vias curtas intra-corticaes, a quinta e a sexta são emissoras de vias longas motoras.

A terceira camada, e accessoriamente a segunda e a quarta, constituem pela sua situação entre symptomas receptores e emissores um complexo funccional especial, cujo papel é regeitar, transformar os impulsos nervosos.

Ora, é justamente a terceira camada a que se mostra mais compromettida na demencia precoce, aquella que es-

tabelece a relação entre o que se recebe e o que se emitte. Demais, a terceira camada é mais evoluida anatomica e physiologicamente e por isto bem se explica o prejuizo que advem do seu comprommettimento.

Têm sido tambem assignalados: desapparecimento dos corpusculos de Nissl, vacuolisação do protoplasma, inchação do nucleo, processos todos que attestam como bem diz Paul Meignant, um exgottamento das cellulas, uma attenuação do impulso vital.

Pighini verificou o testemunho de uma diminuição do metabolismo geral.

Fausto Gaertner, competente especialista de S. Paulo, em trabalho de 1935, assignala ter encontrado em 8 casos de demencia precoce, atrophia da cortiça cerebral na zona fronto-parieto occipital; nos doentes, em que a atrophia era mais intensa, predominava nitidamente no lóbo parietal; intensa dilatação ventricular foi notada em dois casos; augmento do tamanho das cisternas basaes em cinco casos; dous casos com maiores alterações globaes eram os de evolução mais longa; poucas vezes se notava demarcação nitida da insula de Reil.

Entendo que só se deve formular o diagnostico de eschizophrenia quando coexistirem perda da affectividade, perda da iniciativa e associação extravagante de idéas.

Estes são os elementos essenciaes para o *diagnostico differencial.*

Quando duvidas se antolharem, elles as delirão. Ha casos, porém, em que a pouca nitidez delles torna muito difficil o diagnostico differencial. Poucos ha mais difficeis que o entre a eschizophrenia e *a psychose maniaco-depressiva.*

Dou grande importancia á questão da affectividade. O eschizophrenico começa logo a implicar com as pessoas de casa e a detestar as mais affeiçoadas. Si se fala nos pais, o eschizophrenico se mostra desinteressado ou irritado.

O maniaco-depressivo se emociona, quando se dá noticia de que os pais estão doentes, ou estão a visital-o.

A uma eschizophrenica a quem dei a noticia de que o marido embarcara para a Italia, em longa viagem, não occorreu o menor gesto de pezar ou aborrecimento. Communiquei á um eschizophrenico que a mãi fallecêra: não teve a menor demonstração de tristeza.

Digo a um maniaco-depressivo que um parente o procura ou que um dos progenitores está muito doente, e logo sua physionomia se transforma e se mostra interessado. Nos casos mesmo de estupôr melancolico, em que o doente não articula uma só palavra, vê-se que ha uma contracção physionomica, que o rosto se mobilisa e que se constata uma demonstração de que não é elle indifferente.

Em relação aos dados anamnesticos, ha tambem bons elementos para differenciação. Ao passo que a psychose maniaco-depressiva surge depois de um grande abalo moral ou logo depois de uma suspensão, a eschizophrenia se desenvolve vagarosamente, com disturbios accentuados da vida sexual, havendo progressivamente perda da affectividade, perda da iniciativa e associação extravagante de idéas.

Si houve anteriormente crises maniaco-depressivas, muito mais facil será o diagnostico, convindo, no entanto, notar que a propria eschizophrenia póde surgir posteriormente a pequenas crises maniaco-depressivas, repetidas e bem nitidas.

Ponto de grande valor para a diagnóse differencial entendo ser a questão das allucinações.

Ao passo que a eschizophrenia é a doença em que ha mais allucinações, na psychose maniaco-depressiva ellas não existem, ou são muito raras, notando-se apenas illusões.

O demente precoce agitado se não preoccupa com quem delle se approxime, movimenta-se num pequeno espaço, ao passo que o maniaco-depressivo se volta para quem chega e anda pelo quarto todo.

O negativismo, a suggestibilidade, as estereotypias e os impulsos orientam muito no sentido da fórma que venho estudando.

Na psychose maniaco-depressiva predominam as modificações do humor e o doente se mostra, ou muito alegre, ou muito triste, ao passo que o eschizophrenico é um indifferente affectivo.

A reacção de Abderhalden póde igualmente prestar bons serviços na diagnóse differencial.

O Prof. Adauto Botelho, em sua excellente these sobre "Dysendocrinias pela reacção de Abderhalden", teve ensejo de demonstrar experimentalmente que na demencia precoce a reacção de Abderhalden é positiva em relação ás glandulas sexuaes, ao cerebro, á thyreoide e ao thymo, sen-

do algumas vezes tambem em relação ao pancreas e á supra-renal.

Juschtschenko e Plotnikoff, em trabalho publicado no "Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie" de 30 de Junho de 1914, chegaram a conclusões iguaes ás de Fauser que verificou que na psychose maniaco-depressiva é a reacção sempre negativa em relação ao cerebro e quasi sempre em relação ás grandulas sexuaes.

Tem-se assim um recurso valiosissimo para elucidar as duvidas que muitas vezes se antolham.

A questão da idade tambem influe: a eschizophrenia é doença de moços, ao passo que a outra, o é de qualquer idade.

Na psychose maniaco-depressiva não ha abaixamento do nivel intellectual, ao passo que na demencia precoce cessa a evolução intellectual e o individuo entra logo a retrogradar. William Boven, em um trabalho nos "Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie", de 1920, frisa que o caracter dos individuos que mais tarde evolúem perniciosamente para a demencia precoce, differe do daquelles que entram na psychose maniaco-depressiva.

Os eschizophrenicos em 40 % dos casos tinham intelligencia defeituosa, ao passo que os maniaco-depressivos tinham intelligencia normal; aquelles tinham o caracter concentrado, sombrio, em 80% dos casos, ao passo que estes o tinham franco, expansivo; aquelles tinham instabilidade, actividade anormal, incoherencia, não gostavam da sociedade, ao contrario do que se via nos maniaco-depressivos.

Pela *pesquiza do reflexo oculo-cardiaco,* distingo um eschizophrenico de um maniaco-depressivo, Aquelle é commummente sympathicotonico, ao passo que é este é vagotonico. A sympathicotonia eschizophrenica é irreductivel pela vagotonina.

O test das manchas de tinta de Hermann Rorschach que consiste em mostrar ao doente 10 planchas picturaes, com manchas de tinta, de côres e fórmas diversas que elle deve interpretar, serve tambem para o diagnostico differencial. De accordo com um trabalho do Dr. Aureliano Tavares Bastos, os eschizophrenicos, portanto introvertidos, têm predominancia de respostas cenestesicas, ao passo que os maniacos depressivos extravertidos, sobre côres.

O Dr. José Leme Lopes, em seu muito bem feito trabalho de 1935, a respeito de Test de Rorschach, assignala

que os individuos que apresentam respostas de côres predominantes pertencem ao grupo dos extravertidos que abrangem os maniaco-depressivos, e que aquelles que dão interpretações de cousas em movimento, aos introvertidos que abrangem os eschizophrenicos.

Os distinctos especialistas Prof. Sicco e Dr. Péres Pastorino, do Uruguay, verificaram que 60% dos doentes mentaes que não eram dementes precoces, apresentavam depois de uma injecção de adrenalina, uma hypertensão arterial que podia ser muito elevada. Nos eschizophrenicos não ha reacção hypertensiva ou é ella muito pequena.

Em artigo de Bringas Nuñez, de Julho de 1936, friza elle que a prova adrenalinica póde servir ao diagnostico differencial.

Outro diagnostico differencial delicado é o com a *confusão mental.*

Alguns auctores como Régis, chegam mesmo a identificar a eschizophrenia como uma confusão mental chronica.

Gilbert Ballet dizia que de crises de confusão mental que se repetiam, havia a transição para a demencia precoce.

Para fazer a diagnóse, deve-se attentar nos elementos fundamentaes e notar que na demencia precoce ha perda de affectividade, de iniciativa e associação extravagante de idéas, ao passo que na confusão mental ha essencialmente desorientação no tempo e no espaço, dysmnesia, obnubilação intellectual e delirio onirico.

Com a *neurasthenia* é tambem delicado o diagnostico. Accresce que muitas vezes o doente é apregoado pela familia como si fôra um neurasthenico.

No entanto, convém ponderar que no quadro clinico deste, nunca ha allucinações, nem abaixamento do nivel intellectual, nem perda da affectividade, nem insensatez dos queixumes, nem negativismo, suggestibilidade, estereotypias e impulsos.

Em relação á *hysteria,* convém assignalar que muitas vezes crises hystericas repetidas precedem o desenvolvimento da eschizophrenia e que outras vezes um syndromo hysteroide se enxerta em plena evolução da eschizophrenia.

No entanto, basta recordar que na hysteria os symptomas são todos criados pela suggestão e removiveis pela influencia exclusiva da persuação, ao passo que na outra ha a triade symptomatica que formulei e consiste na perda

da affectividade, da iniciativa e associação extravagante de idéas.

No "Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten" de 1915, ha um trabalho de Neubürger, em que elle mostrou que injectando adrenalina em dementes precoces, 80 % delles não revelaram augmento da pressão arterial ou o tiveram em grão minimo. Ora, não é isto o que se depara na hysteria ou em qualquer outro caso.

Halberstadt, na "Revue Neurologique", de 15 de Agosto de 1910, publicou um interessante trabalho sobre phenomenos hysteriformes no inicio da demencia precoce, em que apresenta observações em que houve crises convulsivas e uma paraplegia funccional que medicos capitularam como hysterica. Toca elle na questão da loucura hysterica. Não a discute.

Não acredito na existencia de loucura hysterica.

Ha apenas o delirio hysterico, fugaz, de typo onirico, rapidamente curavel. Aquillo que se descreve muitas vezes como loucura hysterica, é pura eschizophrenia. Ha modificação profunda da personalidade, numerosas allucinações e a triade symptomatica por mim assignalada como caracteristica.

Por mais duradouras que sejam as crises hystericas, dellas o individuo não passa a uma loucura propriamente hysterica e sim poder-se-ha desenvolver uma eschrizophrenia.

No que concerne á *epilepsia,* convém assignalar que em alguns casos crises epileptiformes marcam o inicio da eschizophrenia. Representam como que um protesto, uma reacção á absorpção de productos das glandulas de secreção interna que começam a intoxicar o organismo.

Num excellente trabalho de Kurt Schneider, publicado no "Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie" de 9 de Fevereiro de 1914, assignala elle muitos elementos differenciaes para os casos litigiosos.

No epileptico a affectividade não desapparece, embora se possa perverter; a comprehensão póde ser mais difficil do que na eschizophrenia em que ha, ás vezes, um simples phenomeno inhibitorio.

Si a *flexibilidade cerea* póde tambem existir na epilepsia, dura, porém, sempre muito menos tempo que na outra.

Ha além disso na epilepsia reacções de ansiedade, estados crepusculares com profundo comprommettimento da percepção e orientação, impulsos menos extravagantes, at-

titudes mais logicas, crises convulsivas durante maior numero de annos, do que na eschizophrenia.

Em relação ás *psychoses hetero-toxicas* (*alcoolismo, morphinomania, cocainomania,* etc.), o diagnostico é relativamente facil.

Além do valor dos dados anamnesticos, da ausencia da triade caracteristica da eschizophrenia (perda da affectividade, perda da iniciativa, associação extravagante de idéas ha o delirio de typo onirico, muito cheio de allucinações de caracter terrorista, mórmente visuaes, ao passo que na eschizophrenia ha mais allucinações do ouvido.

Em relação á *paraphrenia* que recentemente foi por Kraepelin desannexada da demencia precoce paranoide, deve-se assignalar que não ha perda sensivel da affectividade e da iniciativa, e que a personalidade do doente se não mostra compromettida.

Para que se faça a differenciação com o *delirio systematisado allucinatorio chronico,* basta ponderar que neste ha a maxima força de vontade, grande capacidade de iniciativa e conservação da intelligencia.

A *psychose de involução* dá-se em idade, em que já não ha que pensar em demencia precoce.

Em relação á *arterio-esclerose cerebral,* ha a tomar em consideração, além dos phenomenos de esclerose-cardio-arterial, a dôr de cabeça, as vertigens, os symptomas de lesões em fóco, etc.

A *syphilis cerebral* é de diagnóse differencial muito mais delicada. Não só ha casos de eschizophrenia em que concomitantemente se verifica a syphilis, como ha doentes de syphilis cerebral, da fórma chamada eschizophrenica, em que o aspecto clinico é todo de um eschizophrenico. A efficiencia obtida com o tratamento especifico tirará todas as duvidas, mas bem se comprehende que é precario um recurso, em que se tem de appellar para um longo tratamento.

Os auctores, neste como em outros pontos, são omissos em relação ao diagnostico differencial, mas acredito que a triade symptomatica que formulei, bem póde esclarecer as duvidas.

Demais a perda da connexão intima entre o sentir, o pensar e o querer e da integridade da personalidade, representam elementos de valor, para que se pense em eschizophrenia.

A *paralysia geral* é igualmente de diagnostico difficil, não no seu periodo de estadio, em que qualquer a reconhece, mas no periodo inicial ou nas modalidades demencial e depressiva.

E' particularmente difficil a diagnóse na paralysia geral juvenil, em que predomina a fórma demencial e ha o aspecto de um demente precoce.

As reacções de laboratorio são recurso de grande monta e quando as reacções de Nonne forem todas positivas, não ha que pensar em eschizophrenia.

Por outro lado, as allucinações não pertencem ao quadro clinico da paralysia geral e, si existem, pertencem a alcoolismo enxertado, ao passo que na eschizophrenia ha talvez mais allucinações que em qualquer outra doença. Ha além disso, a pender para o diagnostico de paralysia geral, na sua phase inicial, de diagnóse difficil, as lesões graves para o lado da memoria, o signal de Argyll-Robertson, o signal de Biernacki, a difficuldade de pronunciar bem certas palavras, a puerilidade maior de raciocinio, crises epileptiformes com paralysias consecutivas e a physionomia somnolenta e cansada.

Assim como ha no inicio da paralysia geral um periodo que Legrand du Saulle denominou medico-legal, ha tambem na demencia precoce um periodo equivalente, criado por Joffroy, Antheaume e Mignot.

Reichmann, no Archiv für Psychiatrie, fasc. I, 1914, compara perturbações pupillares que se notam na eschizophrenia com as que se verificam na paralysia geral, e disse que si póde haver o signal de Argyll Robertson, este não é constante, nem estavel.

No *delirio episodico* ha um surto delirante, com allucinações, sem a triade symptomatica.

Em relação á *imbecillidade* e á *idiotia* póde ser delicado o diagnostico, quando se tratar da fórma precocissima, muito bem descripta pelo Prof. Sante de Sanctis.

Não ha ahi a historia do doente a esclarecer as duvidas, mostrando que num caso é elle hoje o que sempre foi, ao passo que no outro o doente tinha intelligencia normal e esta decahiu. Num dos casos de Sante de Sanctis tratava-se de uma criança de 8 annos, que desde os 5 annos começou a evidenciar signaes de demencia precoce.

A' primeira vista, póde-se pensar num caso destes em debilidade mental ou imbecillidade, mas as respostas que por vezes nos dá o doente, bem demonstram que a sua intelligencia é muito mais perfeita, do que parecia.

Em relação ao *prognostica* da eschizophrenia, é elle dos mais sombrios. Comprehende-se bem a gravidade da doença, lembrando-se que em consequencia de disturbios de natureza endocrinica, ha uma profunda alteração neuro-epitelial que se epiloga na atrophia cellular e quem diz atrophia cellular, diz incapacidade de funcção e morte.

No entanto, no que concerne á phase medico-legal da eschizophrenia, penso que ahi se possa ella curar.

E' um mal que se inicia, é um disturbio endocrinico que ainda não acarretou todos seus maleficios, e neste periodo tenho conseguido curas positivas.

E se não appelle, para as desvirtuar, para um erro de diagnostico, pois sempre nestes casos me servi da triade symptomatica que formulei como caracteristica, e de outros elementos diagnosticos que me induziram igualmente nos casos evoluidos.

O Prof. Austregesilo propoz a designação de cataphrenia para os casos em que a duvida se antolha entre demencia precoce e psychose maniaco-depressiva e finalisam na cura.

E' um meio de ladear a questão e fazer um diagnostico provisorio, a se modificar conforme a evolução.

Ou será demencia precoce ou psychose maniaco depressiva e havendo os signaes caracteristicos, deve-se firmar sem receio a diagnóse. Adolph Meyer propoz o termo de reacções eschizophrenicas para aquelles casos de duvida.

Si póde haver a cura na demencia precoce, sempre, porém, se dará com *deficit* intellectual.

A *therapeutica* na eschizophrenia tem por objectivo corrigir a insufficiencia endocrinica que é causa da doença, e evitar a atrophia cellular que della deriva e que, si estabelecida, não permittirá grandes esperanças.

Em relação ao primeiro ponto, aconselham os auctores o uso de extracto testicular ou ovariano, conforme o sexo.

Emprego nas meus doentes o extracto testicular ou o ovariano, associando-o ao extracto cerebral, excellente recurso para tonificar o cerebro, e evitar a atrophia e destruição da cellula nervosa. Os extractos de thymo, de suprarenal, de hypophyse podem sem muito proveitosos.

Preoccupo-me muito com a questão menstrual e nos dias que precedem immediatamente o fluxo catamenial, insisto nos emmenagogos, a vêr si as regras vêm no periodo regular e em bôa quantidade. Isto tem grande impor-

tancia e numa eschizophrenica em que persiste dysmenorrhéa ou amenorrhéa, muito pouco se conseguirá.

O extracto de glandulas de secreção interna associadas, sob a rubrica de poly-glandular ou poly-endocrinico, não me tem dado os resultados que delle seria de esperar.

Emprego com vantagem formula que criei e consiste em:

Iodeto de calcio	5 grs.
Extracto fluido de lupulo	aã 10 grs.
Dito de alface	
Dito de mulungú	

Tomé trinta gottas em calix com agua nas refeições.

Nelle associo o *iodeto de calcio* que é tonico e reconstituinte, ao *lupulo e alface* que são os melhores remedios para curar disturbios da cenesthesia, e o *mulungú* que é o melhor dos calmantes.

Sendo o eschizophrenico essencialmente um cenestopatha e sympathicotonico, receito *injecções de genatropina* em dias alternados. Nos outros dias faço *injecções de vitamina,* muito vantajosa no caso, em que ha uma avitaminose, possivelmente com falta de vitamina C, acido ascorbico.

O competente Prof. Cunha Lopes, preconisa muito a therapeutica vitaminica.

O *iodo* com *urotropina* é muito proveitoso. Receito injecções de *iodinjectol.* Outras em que o iodo se encontre em dóses fortes, pódem ser utilisaveis.

Na hypothese de que haja um fundo tuberculoso na doença, póde ser receitado o *gadusan,* optimo preparado que tem como base oleo de figado de bacalháo e cobre.

Receito com vantagem uma associação de *phosphato tricalcico, carbonato de calcio, magnesia calcinada* e *chloreto de sodio.*

A *malariotherapia* representa tratamento que tem sido modernamente muito preconisado, com o qual, no entanto, não verifiquei no caso qualquer resultado vantajoso.

Vallejo Nagera e Alvarez Nouvillas, publicaram um interessante trabalho em 10 de Dezembro de 1927, em que aconselham *injecções intra-venosas* de *vaccina anti-typhica* curativa, começando por dóses de 50 a 100 milhões de germens, dobrando a dóse cada semana.

Chegaram a fazer injecções em dias alternados, depois de ter feito de cinco em cinco dias.

Vallejo Nagera diz ter obtido 35 % de remissões completas.

O Dr. Lourival de Queiroz que foi muito bom Interno da Clinica Psychiatrica, escreveu a sua these a respeito do assumpto e consigna resultados vantajosos.

Vallejo Nagera empregou o *pyrifer* como agente pyretogeno em 10 doentes, obtendo quatro remissões bôas, quatro incompletas e dois fracassos. O *dmelcos* póde ser utilisado.

O abalisado Prof. Mira preconisa injecções intra-venosas de *soluções hypertonicas*.

Obteve em oito casos uma cura e quatro sensiveis melhoras.

Tanzi aconselha injecções diarias de 60 cc³ de *sôro isotonico*.

Isida fez *injecções intra-venosas* de *solução de chloreto de sodio* a 90 centigs. %. Houve 50% de melhorias e em quatro casos remissões duradouras.

Raiter, em Abril de 1927, utilisou o *manganez*, associado á *vaccina coli*, preparada do proprio doente.

Em 50 doentes houve 13 remissões completas, 11 melhorias muito accentuadas, 8 ligeiras melhorias, 17 casos negativos e 1 de morte pela reacção exaggerada da colivaccina.

Outro methodo de tratamento, em que se vêm fundando muitas esperanças, é o da *auto-hemotherapia*.

Lelio Grimaldi, em Maio de 1929, escreveu a respeito, aconselhando séries de 15 injecções, em dias alternados, de 5 a 15 cc³, começando por 5 cc³ e augmentando 1 cc.³ cada vez. Tira sangue cinco horas depois da refeição e injecta logo depois na massa muscular glutea.

Teve doze casos de resultado positivo.

Graziani teve em 10 casos, oito de remissões completas.

Levi-Bianchini e Nardi obtiveram em 60 casos, 46 % de optimos resultados.

No Pavilhão da Clinica Psychiatrica tenho empregado este methodo com o qual ainda não obtive resultados definitivos e sim apenas certa melhoria.

Maurice Page, de Bellevue, preconisa o 914, mesmo em doentes não syphiliticos. Tenho empregado em dóses nunca superiores a 30 centgrs. e colhido, ás vezes, resultados vantajosos.

Injecções de *sulfosin* têm sido utilisadas. Acho que o enxofre excita muito e que por isso não possa fazer bem.

Verdade é que em Novembro de 1935, veiu publicado no Manicomio que é uma revista italiana unicamente destinada á Eschizophrenia e tem sempre excellentes artigos, um do Dr. Angelo Vanelli, em que elle prova que o eschizophrenico elimina uma quantidade excessiva de enxofre e por este motivo deve aproveitar com o oleo sulforado.

Na supposição de infecção focal, *vaccina autogena* póde ser util.

Fameune, em Agosto de 1931, preconisou a *hyperemia cerebral e o extracto de figado.* A hyperemia cerebral obtem-se, collocando-se o doente na cama com a cabeça para baixo, para que se congestione o encephalo e se modifiquem suas reacções psycho-chimicas. O extracto hepatico torna os doentes mais calmos, menos entristecidos, menos anemicos, menos arriscados á acidóse.

A *psycho-analyse* tem sido utilisada por mim com bom resultado nos casos em que a eschizophrenia ainda se não transformou em demencia precoce, caso este em que ha lesões incuraveis de atrophia cellular cerebral.

Houve quem ponderasse que o eschizophrenico não pudesse lucrar com a psychio analyse por ser um desattento e um interiorisado. No entanto, verdade é que com paciencia e perspicacia muito nella se póde conseguir.

O *tratamento pelo trabalho* e pelas *distracções* é um dos mais modernos e dá excellentes resultados.

O eschizophrenico que é essencialmente um interiorisado e um distrahido, vive dentro do seu sonho, alheio ao mundo exterior. Insistindo-se em que trabalhe, busca-se fazer a extroversão, procurar que elle se interesse em alguma cousa do mundo exterior. O trabalho que se lhe dê, deve ser, pois, compativel com a sua capacidade intellectual, com a sua limitada capacidade de attenção e lhe não ser de todo desagradavel.

Simon, de Gotersloh, na Allemanha, foi o verdadeiro iniciador do methodo.

O nome delle póde ser justamente collocado ao lado do de Pinel que tirou as algemas dos loucos e do de Conolly que fundou o *no restraint,* isto é, o tratamento em liberdade, dous maiores bemfeitores da humanidade.

Simon, no Allgemeine Zeitschrift, de Novembro de 1927, expoz com todos os detalhes o seu methodo. Diz elle que a inactividade é um grande mal e póde ser considerada o começo da demencia.

O tratamento pelas distracções, principalmente pelos jogos de basey-ball, volley-ball, foot-ball, tennis, etc., dá muito proveito.

Arranca o doente de suas idéas torturantes, de seus complexos desagradaveis.

Cinemas, com fitas alegres, são encontrados nos modernos Asylos de Alienados.

Em Munich, na Colonia de Eglfing-Haar, vi um enorme salão para dansas dos doentes e um theatro, em que elles assistiam a peças alegres e numeros de variedades.

Jogos de cartas, xadrez, gamão, damas, etc., se deparam em hospicios e quasi todas as Casas de Saúde.

No Asylo de Juquery, instituição modelar, entregue á orientação e competentissima direcção do notavel Professor Pacheco e Silva, uma das glorias da psychiatria brasileira, vi os alienados em folguedos varios e trabalhando em varias officinas, algumas das quaes com eschizophrenicos, e tão bôas que uma dellas, a de typographia, chegou a imprimir o volume de Medicina Legal da 2.ª Conferencia Latino-Americana de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal.

Na Colonia de Alienados do Engenho de Dentro, muito bem organisada pelo pranteado e competente Prof. Gustavo Riedel, ha pequenos pavilhões com bungalows, em que, a par da Assistencia Hetero-Familiar, ha o aproveitamento em trabalhos e distrações.

A psychotherapia, com a psycho-analyse, o trabalho e os divertimentos, representam os melhores e mais modernos meios de tratar os eschizophrenicos, arrancando-os dos seus complexos torturantes, do seu autismo, das suas observações angustiosas e integrando-os, a pouco e pouco, na vida social, na preoccupação pelo trabalho, no desvio do pensamento para jogos e diversões outras que lhes restaurem a alegria no viver.

Em artigo da Presse Médicale, de 11 de Abril de 1936, a respeito de alguns tratamentos modernos da demencia precoce, escripto por Henri Schaeffer, ha o preconicio do methodo therapeutico pelo *enxofre* e pelos *saes de ouro*. E' o recurso therapeutico preferido pelo notavel Professor Henri Claude que em collaboração com J. Dublineau, escreveu, nos Annales Médico-Psychologiques, de Abril de 1935, um trabalho, em que mostra o modo, pelo qual trata seus eschizophrenicos.

Emprega injecções alternadas de *oleo sulforado* (de 1 a 10 cc^3 de oleo sulforado a 1%) e de um *sal de ouro*, do qual differentes marcas foram utilisadas. O *oleo sulforado* é injectado em dóses progressivas, começando por 1 cc^3 e augmentando 1 cc^3 de cada vez, até 10cc^3.

A *injecção de saes de ouro* é feita dous a tres dias depois da injecção do enxofre, em dóse progressiva, porém sempre fraca. Logo depois da injecção do enxofre ha reacção violenta, com muita febre.

Espera-se que ella passe, para então injectar o ouro.

Fazem-se 10 injecções de sulfosina que é oleo sulforado, e 9 de saes de ouro.

Tres semanas mais tarde emprega-se unicamente o ouro.

Em 34 casos o Prof. Claude e Dublineau obtiveram 13 remissões completas, 9 incompletas e 12 insuccessos.

Em Maio de 1934, Donnadieu e Léo preconisaram a *sulfosina* Léo a 1% ou 2%, sem o ouro.

Hyvert, Stoerr, Cohn publicaram um trabalho em 25 de Março de 1935, na Société Médico-Psychologique, em que preconisam o *hypo-sulfito de ouro.*

Becole, em Janeiro de 1935, preconisa uma associação de *extracto de testiculo e yohimbina.*

Em Maio de 1934, no Encéphale, Choroschko aconselha lipo-cerebrina e lipo-testiculina.

O methodo de Klaesi, tratamento pela *narcose prolongada,* tem sido modernamente muito aconselhado.

Dá-se uma lavagem intestinal, colloca-se o doente isolado e injecta-se o somnifenio em dóse de 2 cc^3, diariamente. Ström-Olsen e Mac Conan obtiveram em eschizophrenicos 8, 1% de curas e 38,7% de melhorias.

Póde-se dar dóse mais forte e manter durante dias o eschizophrenico sempre dormindo.

Em Fevereiro de 1935, D'Elseaux e Salomon, nos Archives of Neurology and Psychiatry aconselham uma mistura com *dioxydo de carbono.*

O tratamento pelo *choque insulinico* é o mais moderno. E' o methodo de Sakel, discipulo do Prof. O. Pötzl.

Obteve elle cura pratica em 70% de casos e, remissão social em 18%, em casos antigos. Teve ao todo 88% de casos favoraveis. Injectam-se tres vezes por dia, por

via intra-muscular, de 15 a 40 unidades de insulina, com intervallos de 4 a 4 horas e meia, dando-se a injecção preferentemente duas horas depois da comida. Provoca-se um choque hypoglycemico grave, com as suas caracteristicas de desfallecimento, mal-estar, inquietação, somnolencia, suóres profusos, irregularidade de pulso, vomitos, hypotensão, convulsões, ataques myoclonicos, respiração irregular, chegando ao coma.

Para isto, sóbe-se na dóse de insulina, augmentando de 10 em 10 unidades por dóse e por dia, podendo-se chegar a 190 unidades. Ha doentes que tem o choque com pequena quantidade de insulina. Em outros, é preciso dar dóses fortes. Já tive doente que chegou a tomar 300 unidades por dia. Quando apparece o risco de vida, intervem-se com os recursos necessarios, particularmente 100grs. de solução saturada de glycose.

Depois de um periodo de repouso, sem medicamentos, volta-se a dar insulina, sem que se chegue á dóse necessaria.

Sakel manda fazer o tratamento em quatro phases: a 1.ª, em que se dão as dóses crescentes de insulina; a 2.ª, constituida pelo periodo de choque; a 3.ª, de repouso, em que não dá insulina, ou apenas muito pouco; a 4.ª, phase de *polarisação*, em que se consolidam os resultados obtidos.

E' evidentemente um methodo perigoso, com o qual no entanto tenho colhido excellentes resultados, sendo positivamente o melhor tratamento que ha actualmente para a eschizophrenia.

O problema da cura da eschizophrenia é de tal ordem que desde Julho de 1927 ha um premio de um milhão de francos que segundo Maurice de Fleury, um generoso doador anonymo resolveu adjudicar a quem descobrir um tratamento preventivo ou curativo da eschizophrenia.

Num trabalho de Isabel Wilson, de 1936, ha uma synthese muito bem feita do modo, pelo qual se deve empregar o methodo da *insulinotherapia* e de se evitarem os accidentes. Manda fazer uma unica injecção, cada dia, ás 7 horas da manhã, para que o medico e enfermeiros possam assistir attentos á crise que se desenrola num periodo de 4 a 6 horas. As injecções devem ser feitas todos os dias, com um descanço de um dia na semana. Aos meus clientes quando as crises são muito violentas, dou as injecções em dias intercalados.

Sakel aconselha ter á mão quando se applica a insulinotherapia pelo choque, uma maleta, com solução de dextrose a 33 %, empôlas de adrenalina, sonda nasal, abridôr de bocca, empôlas com substancias analepticas e tonicardiacas. Em caso de perigo, deve-se fazer preferentemente injecção intravenosa de assucar.

O accidente mais grave é a crise epileptica que fará interromper o tratamento por meio de uma injecção de adrenalina ou de sôro glycosado intravenoso.

Tenho um doente que apresenta muitos vomitos quando o choque se manifesta. Dá-se então com proveito a solução millesimal de atropina, em gottas.

São tambem complicações: pneumonia por deglutição, espasmo da glotte, bradycardia accentuada, baixa de pressão arterial, dyspnéa, baixa de temperatura, salivação exaggerada, etc., a que se deve prestar attenção e que é possivel remover com relativa facilidade.

Strecker, em estatistica recente, de 200 casos, conseguio que 2/3 de seus doentes pudessem retomar suas occupações e isto se dando, ha dous annos.

Max Muller, na Suissa, tratou 77 doentes, tendo obtido 45 curas.

Nos primeiros 104 casos de Sakel, houve tres mortes: uma por descuido medico, pois o choque hypoglycemico se desenrolou durante a noite, emquanto medico e enfermeiros dormiam, outra, por esclerose das coronarias, adiantada, não tendo sido o doente anteriormente examinado pelo medico, e outra por necróse do pancreas.

Na Suissa, em 41 casos não houve uma unica morte.

Consignou-se que o methodo, muito impressionante pelo choque, é menos perigoso do que o da malariotherapia que, no entanto, ninguem hoje deixa de empregar.

Müller, de Munsinger, communicou em 23 de Novembro de 1936, á Société Médico-Psychologique de Paris, o resultado do tratamento em 300 doentes. Obteve 73 % de curas completas quando a doença datava de menos de 6 mezes, 50 % de curas completas quando já durava mais de 6 mezes, 0,5 % de curas completas quando o mal já durava mais de anno e meio.

Na Associação Paulista de Medicina, fiz em Março de 1937 uma communicação a respeito do que tenho conseguido em meus clientes eschizophrenicos, por meio da insulinotherapia.

O resultado tem sido excellente.

O Prof. Dr. Bueno de Andrada publicou na Folha Medica de 25 de Agosto de 1937 um trabalho em que mostra em 18 doentes, 10 remissões completas.

O muito competente Dr. Waldemar Schiller, Director da Casa de Saúde Eiras, apresentou em Outubro de 1937 uma estatistica de 17 casos, nos quaes houve 7 remissões completas e 2 bem melhorados. No Sanatorio Botafogo houve em 16 casos 4 com bôa remissão, 2 com melhoras nitidas, 2 com ligeiras melhoras, 1 sem resultado, continuando 7 em tratamento.

Observei um doente, estudante de medicina que curado, narrou que se mantivéra em mutismo, porque os circumstantes que não eram espiritos, o impediam de falar.

Disse que eram elles que o obrigavam a se mostrar irritado com os pais.

Constatei que no quadro clinico predominavam allucinações do ouvido e da cenesthesia.

Sempre os doentes ficam muito mais calmos.

Modifica-se o raciocinio. Cessam as allucinações.

Outro methodo therapeutico moderno é o de Meduna que manda dar cardiazol na veia em dóses fortes, a provocar ataques epilepticos. Meduna diz ter obtido 40 % de curas em 10 eschizophrenicos.

Em alguns tenho empregado o nucleinato de sodio sob a fórma de injecções, mas observo que ficam um pouco excitados. O mesmo se constata com o sôro hormonico. O Prof. Henri Claude e Robin apresentaram modernamente um trabalho, em que consignam vantagens da etherisação nos dementes precoces, recurso por meio do qual tambem conseguiram que o doente se tornasse mais expansivo e desvendasse idéas recalcadas.

Zeneppe publicou na "Revue Française de Gynecologie et Obstetrique", em 1924, um artigo, em que mostra que o extracto testicular póde ser vantajosamente empregado na mulher. Da utilidade delle no tratamento de rapazes dementes precoces já falei, mas por este artigo se vê que na mulher demente precoce tambem póde ser proveitoso.

Zenoppe diz que verificou augmento de menstruação, maior duração e frequencia mais regular. Diz elle que a opotherapia testicular tem ahi um duplo objectivo: agir directamente sobre a glandula thyreoide e augmentar a secreção ovariana.

O extracto testicular teria sobre o ovariano a vantagem de uma acção mais constante e ausencia de perturbações gastro-intestinaes.

Demais, é sabido que aquelle extracto representa um dos melhores tonicos do systema nervoso e o recurso mais poderoso contra a intoxicação da cellula nervosa.

Poderia, porém, parecer ao pharmaceutico que devesse aviar a receita, que o medico estivesse a prescrever um absurdo, dando opotherapia testicular para mulher quando no entanto estava bem dentro da sciencia.

Os Drs. Mario Pinheiro, Riedel e Marques prepararam em seu laboratorio sôro lipotonico e sôro liposedativo, dos quaes ha um typo masculino e outro feminino.

Aquelle se compõe de extractos cerebral, testicular ou ovariano e estrychnina. O lipo-sedativo tem atropina, em vez de estrychnina.

Com este ultimo venho colhendo resultados vantajosos em certos doentes.

Stocher e Vasilin aconselham o emprego de sôro de eschizophrenicos melhorados nos que estejam em más condições.

O nucleosyl (nucleinato de calcio e manganez) e o bioman (nucleinato de manganez) podem ser prescriptos com proveito.

Bayard Holmes aconselha, seja feita a extirpação do appendice e lavagens quotidianas do colon com uma solução diluida de sulfato de magnesia, partindo da idéa de que a demencia precoce derive de uma intoxicação de origem cœcal. O cœcum contém em abundancia amino-acidos e polipeptides além de coli-bacillos que, encontrando condições favoraveis de acidez no conteúdo intestinal, provocam a elaboração de toxinas que absorvidas exercem sobre o encephalo uma acção, a principio, toxica e excitante e, mais tarde, destruidora.

Pensou-se em curar a eschizophrenia por meio de abcesso de fixação, mas o successo não veio compensar as dôres cruciantes, de que veiu o doente a padecer.

O Professor Ely Jellife, num trabalho que escreveu sobre o tratamento da demencia precoce, em 1917, chama bem a attenção para a educação sem pancadas ou severidade excessiva que devem ter as crianças, a evitar, se tornem dementes precoces.

Por outro lado, é preciso cuidar que um rapaz inicie a sua vida sexual e se não entregue a praticas onanistas.

Tucker, em trabalho publicado em 3 de Agosto de 1918, no "Journal of the American Medical Association", estuda as perturbações pituitarias nas psychoses da adolescencia e lhes dando grande valor, nos inspira a esperança de que o extracto pituitario désse resultado.

Na pratica, o resultado que tenho obtido com este producto, tem sido nullo. O mesmo tenho visto com a thyreoide, com o pancreas, com o thymo e a supra-renal.

O problema da cura é, a meu vêr, muito complexo. Deve-se actuar sobre os disturbios da cenesthesia, fazer trabalhar, distrahir o doente, utilisar a psychotherapia e levantar-lhe o moral, tonificar a cellula nervosa, libertar o organismo de toxinas que vulnerem o systema nervoso, corrigir os disturbios do metabolismo cellular, restaurar a hygidez na harmonia das funcções.

PARAPHRENIAS

Kraepelin criou este grupo clinico para abranger aquelles doentes que outr'ora collocados na demencia precoce, ahi, no entanto, não ficavam bem por não haver modificação profunda da personalidade, nem perda da affectividade e iniciativa. Dous elementos, a meu vêr, devem ser ainda tidos como caracteristicos das paraphrenias; o abaixamento do nivel intellectual e a tenacidade do delirio, absurdo, tôlo e muitas vezes incongruente.

O Professor Juliano Moreira, com seu alto tino clinico, já presentira que na demencia precoce paranoide se abrangia muita cousa que não ficava bem no typo commum de demencia precoce, e na Classificação da Sociedade de Psychiatria propunha collocar a demencia paranoide numa chave á parte, com o delirio chronico.

Na paraphrenia o delirio é entretido essencialmente por allucinações e destas as mais extravagantes campeiam, sem que o individuo as refugue, em consequencia do abaixamento do nivel intellectual.

O sentimento intimo da vida psychica se encontra menos compromettido do que na eschizophrenia, de sorte que o individuo não deixa de ser o que era, não perde a sua personalidade, embora seja uma victima constante de allucinações.

Nelle, diz textualmente Kraepelin, a perda da unidade interna se reduz a uma certa capacidade de entendimento.

Nunca se encontram o torpor e a indifferença que se vêm em alguns eschizophrenicos.

Kraepelin admitte quatro variedades da paraphrenia: a *systematica*, a *expansiva*, a *confabulatoria* e a *phantastica*.

Diz elle, abranger na *paraphrenia systematica* typos clinicos correspondentes ao delirio chronico de Magnan.

E' ella caracterisada, diz elle, pelo "desenvolvimento extremamente vagaroso de um delirio de perseguição, continuamente progressivo, com idéas de grandeza mais tarde a elle associadas, sem destruição da personalidade.

E' isto differente do que eu chamo delirio systematisado allucinatorio chronico, modalidade clinica que criei e que no capitulo seguinte é descripta, a qual abrange um numero bem avultado de doentes.

Ao contrario do que succede no delirio systematisado allucinatorio chronico, em que o individuo conserva perfeita a sua capacidade intellectual, na paraphrenia systematica como em qualquer paraphrenia, é de notar a puerilidade com que diz e acceita cousas, a provar um abaixamento do nivel intellectual.

O delirio de perseguição que dura annos, é mantido por allucinações, em que muitas vezes o absurdo é patente. Vê almas, esqueletos, a Mãi de Deus, uma hostia azulada, sente-se hypnotisado, escuta injurias e ameaças que o não deixam tranquillo.

Contrariamente ao que se verá no delirio systematisado allucinatorio chronico, em que o delirio se vai constituindo lentamente, á custa de logica e raciocinio, aqui se constitúe elle completo, prenhe de allucinações, mórmente do ouvido.

A cada passo uma desconfiança infundada se faz sentir e do proprio medico receia que lhe queira propinar venenos.

No ar sente volatilisar-se uma poeira venenosa e na comida encontra podridões e venenos.

Sente-se influenciado pela vontade dos outros, cujo poder é tão grande que lhe roubam aquillo em que pensa, ou o divulgam.

Nota-se ahi mais uma vez o abaixamento do nivel intellectual, que faz com que um individuo, muitas vezes de grande brilho intellectual, acredite que alguem possa estar sempre a descobrir aquillo em que pensa, e o repita em voz alta.

O paraphrenico systematico vive numa eterna desconfiança e na rua não ha phrase que lhe não seja allusiva, ou olhar que o não vise.

Annos depois, em geral, ou muito pouco tempo depois, em muitos, vem o delirio de grandezas.

Muitas vezes é elle a chave de tudo quanto occorreu antes. Era a inveja que o fazia odiado, por ser um millionario, por ser filho de rei, por ser o apaixonado de uma princeza.

O delirio de grandezas é constituido por cousas que demonstram o pobreza de intelligencia, é sempre cheio de allucinações sem logica, nem verosimilhança.

As fortunas lhe não vêm muitas vezes pelo processo natural de herança ou trabalho. Dizem-lhe que tem a receber uma grande fortuna, que basta ir ao banco ou excavar um dado recanto e, sem maior meditação, tudo acceita como possivel.

O competentissimo Prof. Dr. Adauto Botelho, em uma de suas excellentes aulas do Curso de 1936, em que,estando eu na Europa, elle me substituio na Cathedra, disse que o paraphrenico sente a propria grandeza como o effeito das forças poderosas que sobre elle actuam e o influenciam, ao passo que o eschizophrenico paranoide tem grandeza predominantemente na sua personalidade.

Ha muitas vezes o cunho erotico e as honrarias vêm offerecidas por uma pessôa do outro sexo que anseia pelas suas relações sexuaes.

Tal é a soffreguidão que o hypnotismo é a arma de que se servem, a realisar a copula.

O doente vive num mundo de illusões e as apaixonadas se disfarçam a se approximar delle.

Vai cada vez mais se lhe arraigando a convicção de que é uma alta estirpe, e em pequeninos nonadas se estriba a robustecer as suas idéas.

A grandeza é toda absurda, como foi a perseguição.

Delirio religioso tambem se póde encontrar e dizer-se o doente filho de Deus, propheta Josué, encarregado de salvar o mundo, etc.

E' muito commum se sommarem os tres delirios: de grandeza, erotico e religioso.

Em geral, a não ser a vaga sensação de mal estar que existe no começo, o doente não tem a menor idéa do que esteja doente e, muito pelo contrario, se julga forte e sadio.

Não ha desorientação auto e allopsychica.

Percebe igualmente bem quanto se lhe diz e, fóra das idéas delirantes, apenas transparece no raciocinio uma certa pobreza intellectual.

No que concerne a memoria, ha a notar apenas uma certa falsificação das recordações e o embaralhamento de factos reaes com factos imaginarios, acreditando o doente, já tenha passado por certos episodios que lhe são novos.

No rememorar factos imaginariamente occorridos, parece o paraphrenico um mentiroso inveterado e um sonhador constante.

O humor póde ser alegre ou triste, conforme o tom da idéa delirante que campeie. A's vezes a relação não é muito proporcional, mas nunca se verifica a disparidade ou indiferença affectiva que na eschizophrenia se ostenta.

A idéa delirante vai influindo poderosamente no modo de agir do doente e é de vêr o cuidado, com que obtura os ouvidos a evitar as phrases irritantes que tanto o aborrecem.

Muito lhe custa continuar a desempenhar-se normalmente de suas occupações ou manter uma certa linha de correcção na sociedade, quando vive elle á mercê de suas allucinações e idéas delirantes.

A's vezes á custa de um grande esforço, consegue conter-se e parece um individuo inteiramente normal. E' que as faculdades syllogisticas se mantêm normaes, excepto no que concerne ao thema delirante.

Em alguns casos se verificam impulsões, em que o individuo desabafa e reage contra a tortura que, ha tanto tempo, o agonia.

Os actos mais disparatados têm sua logica nas idéas delirantes e ha ás vezes um contraste curioso entre o trabalhador pertinaz e sério e o desassisado que tem repentes absurdos e extravagantes.

O eminente Professor Pacheco e Silva, no n.º 9, de 1932-1933, das Memorias de Juquery, publicou um excellente trabalho sobre as paraphrenias, em que descreve o typo clinico, assignalando que na fórma systematica as idéas de perseguição e de grandezas se apresentam quasi sempre entrelaçadas e que as idéas religiosas se ligam mais ás de grandeza.

Nota que as idéas de grandeza apparecem mais vezes em periodo adeantado da doença quando já ha comprometimento do juizo critico.

Assignala o Professor Pacheco e Silva que as allucinações levam estes doentes á pratica dos actos mais absurdos, como por exemplo, ter-se um exposto ao sol, sem motivo,

horas a fio, outro ter raspado a pelle do rosto para retirar grãos de areia, outro ter gargarejado com urina, outro ter-se untado de fézes.

Muito dura a paraphrenia systematica.

Na sua longa evolução ha a passagem vagarosa do delirio de perseguição para o de grandezas, mas, embora tardio, este sempre existe na paraphrenia systematisada e é mesmo um dos seus elementos essenciaes.

E' este um dos motivos porque entendo que se não deve identificar a paraphrenia systematica com o delirio systematisado que formulei e apresentei em 1913 ao Congresso Medico de Londres. No delirio systematisado allucinatorio chronico nunca ha delirio de grandezas, não ha abaixamento do nivel intellectual e por este motivo o delirio não é absurdo e extravagante como na paraphrenia.

Nelle ha a principio zoadas e pouco a pouco se percebem sons confusos, palavras soltas e finalmente phrases insultuosos. O doente busca com afinco reconhecer quem o offende e depois de algum tempo verifica ser a voz de uma dada pessôa, de cuja perseguição se vinga do modo mais perigoso e traiçoeiro.

Si a base de tudo não fosse uma allucinação e portanto uma cousa inexistente, as deducções do doente talvez se pudessem considerar como logicas e razoaveis.

No afan de tudo esmerilhar e interpretar, o doente estuda, observa e apura a sua intelligencia.

Esta se aguça no descortino da logica dos factos.

As allucinações se encadeiam em um systema bem organisado.

Quanto isto é differente da paraphrenia systematica! Nesta ha além do delirio de perseguição, o de grandezas, o erotico e o religioso; as idéas delirantes que emanam das allucinações, são tôlas, pueris e extravagantes; o individuo acredita na possibilidade de cousas, em que só o abaixamento do nivel intellectual permittiria crêr; o thema delirante carece de perfeita logica; não ha a mesma tenacidade de acção e, finalmente, não são só allucinações do ouvido que se deparam, e sim da vista, do olfacto, do gosto, etc.

Sempre que ha paraphrenia systematica, como em qualquer das outras modalidades, nota-se abaixamento do nivel intellectual.

Para que se possa distinguir a paraphrenia systematica da paranoia, basta frisar que nesta não ha allucinações ou si existem, figuram como elemento subsidiario.

Não será um simples delirio episodico por isso que a sua durabilidade é muito maior e ha o predicado da reducção do nivel intellectual.

Kraepelin assignala ser a paraphrenia systematica mais frequente nos homens que nas mulheres, e se verificar mais de metade dos casos dos 30 aos 40 annos.

O facto do apparecimento ser geralmente tardio é elemento que serve bem para distinguir da eschizophrenia.

No entanto, Mayer-Gross no Tratado de Brumke (1932) diz que ainda ahi ha eschizophrenia, de que é uma fórma tardia.

Demais ha nesta a perda da affectividade e da iniciativa e modificação profunda da personalidade, o que nunca occorre na paraphrenia.

A fórma paranoide da syphilis cerebral se distinguirá, não só pelos methodos de laboratorio como tambem pela carencia de accentuado enfraquecimento mental, como pela syphilis.

Quanto á psychose de involução e á alcoolica, facil é tirar as duvidas.

No primeiro caso ha as vertigens, a dysmnesia, as idéas de fundo deprimente e a frequencia de lamurias e queixumes; no segundo caso, ha o delirio onirico, com allucinações de caracter terrorista, tremor fibrillar da lingua e extremidades digitaes, etc.

O conceito das paraphrenias ainda não é acceito por todos. Em Junho de 1931, Wilhelm Mayer, no Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie, diz que revendo 78 casos diagnosticados paraphrenia por Kraepelin, em Munich, apenas 28 vezes viu ter sido possivel manter o diagnostico. Todos os outros que pareciam paraphrenicos evoluiram inteiramente para a eschizophrenia.

O Dr. Julio de Moura, num trabalho sobre paraphrenias, paranoia e querelantes, publicado em Fevereiro de 1933, nos Archivos Brasileiros de Medicina, diz ser a paraphrenia muito rara e haver muitos casos que são realmente de eschizophrenia. Diz elle que nos casos puros de paraphrenia ha como caracteristica symptomatica: faltarem desde o inicio até a terminação disturbios da vida affectiva, bem como disturbios da vontade independentes, condensações e desagregações do curso do pensamento fóra dos anormaes cursos de idéas delirantes e manifestações de confusão de linguagem e symptomas somaticos. Accres-

centa elle haver como caracter evolutivo permanecer conservada a personalidade durante 10, 20 e mesmo 30 annos, não se poder falar em enfraquecimento psychico, com o que eu não concordo, ser a critica normal para todos os factos alheios ao delirio, haver a conservação da capacidade de trabalho e energia da vontade.

Mayer, numa conferencia que fez em Munich, disse que as psychoses paraphrenicas revelam um parentesco clinico e heredo-biologico com a demencia precoce. Talvez, segundo elle, seja apenas uma sub-divisão da eschizophrenia.

Disse elle: esperamos que o futuro com um estudo mais apurado da constituição da psychose, com os factores heredo-biologicos das componentes exogenas, nos venha permittir uma visão mais clara do mechanismo da differenciação dos sub-grupos da eschizophrenia.

O Dr. Julio de Moura, numa revisão de 48 casos de paraphrenia, encontrou em 10 da fórma phantastica, apenas 2 de paraphrenia pura, ao passo que os outros evoluiram para a eschizophrenia; em 11 da fórma expansiva, 8 evoluiram para eschizophrenia, 2 mantêm o quadro inicial e 1 occupa uma situação áparte; em 5 da fórma confabulatoria, 4 são puros; em 22 da fórma systematica, 10 conservaram o quadro paraphrenico inicial e 12 evoluiram para a eschizophrenia paranoide.

Schneider tem a fusão caracteristica psycho-pathologica processual da eschizophrenia, juxtaposição incomprehensivel e absurda de estados de cousas hetereogeneas, como existente quer na eschizophrenia, quer na paraphrenia, o que as colloca, segundo elle, numa mesma chave.

O competentissimo Professor Dr. Heitor Carrilho, em sua bem elaborada These para Livre Docencia, em 1915, a respeito dos paraphrenicos, é partidario da individualisação do typo clinico.

O Prof. Dr. Sylvio Cunha, que foi muito bom Interno da Clinica Psychiatrica e exerce com merecimento o cargo de Livre Docente em Minas, é tambem partidario da individualisação, em trabalho cuidadoso, publicado em Setembro de 1933, nos Archivos da Assistencia Hospitalar de Minas.

Quanto ao *tratamento* da paraphrenia systematica, deve-se preceituar o isolamento, sempre que o doente estiver na phase persecutoria. E' que póde elle tornar-se aggressivo e ir a ponto de matar quem o persiga.

No entanto, não é elle tão perigoso como o de delirio systematisado allucinatorio chronico.

Neste ultimo caso, conservando completa capacidade intellectual, o doente requinta na rebusca dos detalhes da perseguição que se lhe move e dos meios, pelos quaes lhe não escape á furia vingativa o presumido inimigo.

Na paraphrenia systematica ha menos tenacidade e muito mais baixo coefficiente intellectual.

E', pois, um pouco menor o perigo, porque a idéa se não arraiga tão duradoramente e não é tão maduramente sopesada.

No entanto, é apenas questão de gráo maior ou menor de perigo e como haja elle, é mais prudente collocar o doente em Casa de Saúde.

Ahi se deve fazer com que o doente trabalhe, optimo recurso com que ficará elle um pouco distrahido de suas idéas persecutorias e estimulando-se a sua intelligencia, se evitará se torne por demais oneroso á communidade.

Nos periodos de maior excitabilidade deve-se fazer uso de banhos mornos prolongados e injecções de hyoscina, dosadas a meio milligr. por cc^3.

O tratamento anti-syphilitico deverá sempre ser feito quando surgir a suspeita de que a lues algo tenha influido.

A *paraphrenia expansiva* lembra muito a excitação maniaca.

Tem como predicados, além do abaixamento do nivel intellectual, delirio de grandezas, euphoria e ligeira excitação. Frequentemente dominam o quadro clinico idéas eroticas. No começo póde haver uma certa depressão e ansiedade, mas dura pouco isto e tudo se torna alegria e erotismo.

Não ha idéas persecutorias. O fundamento do delirio é sempre mantido por allucinações.

Illusões tambem se deparam.

Na rua, pessoas do sexo opposto, de alta hierarchia social e notavel belleza, lhe fazem gestos, com que expressem o grande desejo de entreter o congresso sexual. Os jornaes vivem cheios de allusões. Os casamentos mais vantajosos se lhe propõem.

O mais curioso é que ás vezes a doente de paraphrenia expansiva é uma mulher não muito moça e bem feia e suscita o riso escarninho a affirmativa de que tenha suscitado uma grande paixão.

Na paraphrenia expansiva ha tambem ás vezes o delirio religioso, mas mesmo neste caso se resente elle do cunho erotico.

Grande fortuna tambem lhe advirá, muitas vezes em consequencia da paixão que suscitou.

Ainda ahi as allucinações desempenham o principal papel e tudo quanto o doente affirma, vem muitas vezes apoiado em documentação allucinatoria. Esta se resente sempre do apoucamento intellectual e o individuo affirma sem discrepar as cousas mais absurdas.

Póde apparecer o delirio persecutorio, mas fica este sempre num plano secundario e não traz grande mossa ao doente. A alegria se não esváe por causa delle.

Não se encontram perturbadas a memoria, a capacidade de fixação, a orientação e a percepção. Dahi poder parecer o doente perfeitamente logico e sensato, desde que se não toque no ponto sensivel.

Falsificações das recordações podem ser observadas. Serve isto como justificativa para certas declarações que os doentes fazem.

Kraepelin verificou ser a paraphrenia expansiva mais frequente nas mulheres que nos homens e mais commum dos 30 aos 50 annos.

Este facto da idade já é um bom elemento para a differenciação com a eschizophrenia, além de que nesta ha o grave compromettimento da personalidade psychica, perda da affectividade e iniciativa, etc.

Aqui ha mais allucinações visuaes, interpretações e illusões de memoria, o que torna o quadro clinico differente do da paraphrenia systematica, em que além do feitio differente do delirio e do humor, predominam as allucinações auditivas.

O quadro clinico lembra muito o typo maniaco da psychose manico-depressiva, mas neste faltam allucinações, não ha enfraquecimento intellectual adquirido, é menos duradouro e não é pueril o thema delirante.

A *paraphrenia confabulatoria* é caracterisada pelo abaixamento adquirido do nivel intellectual e por um delirio em que se notam essencialmente muitas illusões da memoria e allucinações.

E' fórma pouco frequente, a tal ponto que em 35 annos Kraepelin diz ter apenas visto cerca de 12 casos. A idade é a mesma, isto é, dos 30 aos 50 annos. Quanto ao sexo, porém, não ha preferencia.

Quando a doença se inicia, nota-se que o doente muda de proceder e começa a ficar triste, irritado, aborrecido.

A's vezes, já havia um temperamento exquisito, desconfiado, calado, e mais se accentúa este na doença.

O doente confunde frequentemente factos que se passaram, com outros que se não deram, refere-se a pessoas que vê pela primeira vez, como si já as conhecesse, vive a dar realidade a factos criados pela sua imaginação.

São as illusões e allucinações que justificam todo o proceder do doente.

Idéas de perseguição se constatam e nellas ha uma baralhada de factos passados e de factos imaginarios.

Na explicação delles ha muitas vezes delirio de grandezas e tudo se busca explicar pela nobreza de familia ou pela vehemente sympathia de nobres.

A explicativa se ressente do que é commum a toda paraphrenia: o abaixamento do nivel intellectual.
Fica-se admirado de ouvir dizer ou acreditar numa tolice muitas vezes enorme quem outr'ora tivéra uma certa cultura e um notavel brilho intellectual.

Parece, ás vezes, na desfiada de historias que o doente vai narrando, que elle porfia em fazer de tolo quem o escuta. Não é este, porém, seu objectivo e de tal fórma sizuda diz elle os seus absurdos que não ha negar a sua sinceridade.

O doente gosta muito de falar a respeito do que succede com elle, mas é muito desconfiado, e basta que o interlocutor ria, para que nada mais diga.

A abundancia de illusões e allucinações da memoria póde fazer com que se pensasse na psychose polyneuritica de Korssakow, mas para differenciar, basta lembrar que esta tem além d'isto a poly-neurite, a amnesia de fixação, a desorientação no tempo e no espaço e o delirio onirico.

A pseudologia phantastica de Delbrück que corresponde ao typo do mentiroso morbido, não acarreta allucinações, delirio de perseguição e de grandezas, abaixamento do nivel intellectual.

Na presbyophrenia que lembra muito a paraphrenia confabulatoria, ha lesões graves da memoria.

Num exame um pouco superficial poder-se-hia pensar em paralysia geral e hysteria. Quanto á primeira, além de outras muitas, ha as provas de laboratorio. Quanto á segunda, basta saber que tudo nella vem pela suggestão e vai pela persuasão.

Quanto ao decurso, a paraphrenia confabulatoria representa um delirio que se chronifica, e para bem tratal-a, convém fazer com que o doente se distraia no trabalho.

A *paraphrenia phantastica* é constituida pela existencia de um delirio florescente, cheio de allucinações extravagantes, absurdas, desconnexas e mutaveis. E' a fórma clinica em que o doente diz frequentemente que os cachorros conversavam com elle, que os passarinhos lhe dirigiram a palavra, ou que o demonio se lhe apresentou, a discutir com elle.

De todas as fórmas de paraphrenia é aquella, em que ha mais absurdos e extravagancias. Parece, portanto, que se deve considerar aquella, em que ha maior abaixamento do nivel intellectual.

E' a fórma que mais se póde confundir com a eschizophrenia paranoide, mas para que se possa fazer a differenciação, é preciso lembrar que na eschizophrenia paranoide vi mais de uma vez Kraepelin chamar a attenção para a grande significação diagnostica do delirio de posse physica e do phenomeno do echo do pensamento.

A paraphrenia phantastica começa muitas vezes com um matiz de tristeza e desanimo que cresce, ás vezes, a ponto de surgirem idéas de suicidio.

O delirio de perseguição é muito commum.

O doente desconfia de tudo e de todos e na rua todas as conversas se referem á sua pessoa e todos os olhares lhe são allusivos.

Evita comer, porque no prato encontrou sangue humano ou pedacinhos de vidro. Sente o cheiro de chloroformio que lhe propinam. Soldados estão alerta, atraz das portas, a prendel-o.

Ha illusões, mas tambem muitas allucinações, mórmente do ouvido.

Vozes ameaçadoras são percebidas, sahindo muitas vezes de apparelhos collocados no tecto. Telephones mysteriosos o perseguem.

O telegrapho sem fio trabalha contra elle.

O demonio vem conversar com elle e ameaçal-o.

Animaes ferozes se approximam e com elle conversam. A's vezes, apparecem passarinhos a defendel-o ou ridicularisal-o.

As allucinações visuaes têm, porém, menor significação que as auditivas, e são menos frequentes.

Disturbios da cenesthesia são muito frequentes e os doentes se sentem influenciados.

Na demencia precoce paranoide o doente se sente possuido por outrem e se transforma, deixa de ser o que era.

Na paraphrenia phantastica como em qualquer fórma de paraphrenia, não ha transformação da personalidade e sim a sensação da influencia de outrem, a se comprovar nos disturbios da cenesthesia.

Frequentemente ha referencia a applicações electricas que se manifestam sob a fórma de verdadeiras descargas no corpo do doente.

Costuma tambem elle queixar-se de dôres em pontos diversos do corpo, que busca explicar pela influencia inimiga.

O espiritismo é invocado muitas vezes na interpretação da perseguição.

Os apparelhos mais extravagantes são idealisados para esclarecimento dos disturbios da cenesthesia, de que padece o doente.

Para sua defesa serve-se elle, ás vezes, de amuletos, a contrariar a influencia inimiga.

Os disturbios da cenesthesia tomam em alguns casos proporções exaggeradissimas. Assim doentes têm referido que lhes quebram os ossos, que lhes sugam a medulla, que lhes trituram as carnes.

Como um testemunho de exaggêro das idéas delirantes, ha o caso de Kraepelin de um paraphrenico que sentia um automovel inteiro a lhe entrar pelo corpo.

Outro dizia que tinha oito mulheres dentro delle.

Idéas de natureza sexual são muito frequentes. Obrigam-no a exercer praticas sexuaes immoraes.

Introduzem-se princezas pelo penis e rainhas pedem para com elle brincar. E' muito commum a idéa de gravidez, sem que cousa alguma a justifique.

Idéas de grandeza pueris tambem se constatam, como no doente de Kraepelin que dizia haver herdado milhares de legoas quadradas acima de Marte, Neptuno e Venus.

A guerra que apregoam se lhes mover, é fructo da inveja, pela sua alta hierarchia social, pela sua enorme fortuna ou pela sua attracção sexual.

Illusões e allucinações da memoria tambem podem surgir, embora num plano muito mais secundario que na

fórma confabulatoria. No entanto, neste caso é menos nitida a consciencia do doente e póde elle ficar um tanto confuso.

O humor é, em geral, prazenteiro; no entanto, em alguns casos se depara elle colerico e póde attingir a paroxysmos de grande violencia.

O emprego de neologismos muitas vezes se depara, não raro do feitio mais absurdo.

Muitas vezes é tal a abundancia delles que se torna difficil perceber o que vai o doente dizendo.

A' medida que os annos vão decorrendo, fica cada vez mais embrulhada a narrativa dos doentes. A abundancia de neologismos, o abaixamento do nivel intellectual, a extravagancia das idéas delirantes, a explicação esdruxula e frequentemente inadmissivel dos factos occorridos: tudo vai cada vez mais tornando difficil de se comprehender o que o doente diz, e testemunhando a progressiva decadencia mental que nelle se vai constituindo.

O doente se patenteia um debil mental, mas é uma debilidade mental adquirida, de um feitio muito especial, em que sobejam allucinações e idéas delirantes.

Quando á differenciação com a eschizophrenia paranoide, já tive ensejo de fazer referencia.

O prognostico será sempre desfavoravel.

Ha uma decadencia mental progressiva.

Quanto ao tratamento, é necessario estimular a intelligencia que sossobra, dando trabalho ao doente.

DELIRIO SYSTEMATISADO ALLUCINATORIO CHRONICO

No dia 8 de Agosto de 1913 tive occasião de apresentar ao Congresso Medico, reunido em Londres, um trabalho subordinado a esta epigraphe. Nelle expunha idéas minhas referentes a um certo grupo de doentes que todos observam, mas que nem todos encaram pelo mesmo feitio. Foi sempre objecto de discussão em psychiatria a questão dos delirios chronicos que tendo merecido grande attenção de Magnan, que criou o delirio chronico, veiu de novo ultimamente reavivar debates com a concepção de Kraepelin das paraphrenias.

Num estudo um tanto superficial poderia parecer que as paraphrenias resolveriam bem o problema e que o dilirio systematisado allucinatorio chronico nellas bem caberia. No entanto, meditando-se no problema, vê-se que é isto um erro, o que procurarei evidenciar, frisando-lhe os caracteres proprios e os que lhe permittem a differenciação.

Os doentes de delirio systematisado allucinatorio chronico têm, no inicio de seu mal, um disturbio da cenesthesia. Não se sentem bem, vivem tristes, mal humorados e muito desconfiados. Procuram viver isolados. Nada lhes dá prazer. Neste interim se desenvolve uma zoada que póde ser devida a um pouco de cêra, catarrho na trompa de Eustachio, a modificações de pressão sanguinea nos vasos dos canaes semi-circulares da orelha média, havendo anemia ou hyperemia, a qualquer affecção do labyrintho, etc.

Em vez de recorrer aos cuidados de um especialista e de attribuir ao proprio ouvido o que nelle se passa, começa o doente a prestar attenção demasiada aos zumbidos e a esmerilhar detalhes delles.

A's vezes, dizem que ha um sibilo constante, ou um barulho semelhante ao de um caramujo que se lhes encostasse ao ouvido, ou ao de um apito de locomotiva, ou parecido com o do vento a soprar pelas frestas.

Começa o doente a ter como verdadeira idéa obsessiva a zoada e, á força de dar a ella toda a attenção, entra a perceber que no meio daquelle barulho confuso ha alguma cousa que lembra a voz humana.

A principio escuta sons confusos, depois syllabas destacadas, depois phrases isoladas e, finalmente, expressões completas.

No inicio, não consegue reconhecer pela voz quem lhe fala, mas no fim de pouco tempo identifica perfeitamente a voz que lhe tortura os dias, á de uma dada pessoa de suas relações. Succede que as palavras que vai escutando, são sempre insultuosas e um delirio de perseguição se constitue de modo perfeitamente logico e razoavel.

A intelligencia se mantem perfeitamente integra e, ás vezes, até se póde desenvolver pela longa meditação e cultivo, no rebuscar constante da genesis dos phenomenos que sobre elle actuam.

No caso vertente, a base de toda ideação é falsa, porque depende de allucinações, mas, á parte isto, o syllogismo é tão perfeito como em qualquer pessoa mentalmente sã.

Si qualquer de nós tivesse uma pessoa a nos insultar constantemente, não poderia deixar de enfurecer-se. Comprehende-se, pois, muito bem que o doente de delirio systematisado allucinatorio chronico viva irritadissimo contra o seu supposto perseguidor e que se torne um elemento perigosissimo para o infeliz, no qual elle alveja todo o seu rancor.

E' uma questão de identificação de voz, e qualquer um póde ser escolhido como perseguidor. Não é necessario ser uma pessôa das relações diarias do doente: qualquer póde ser visado.

Vê-se, pois, quanto é perigoso o doente de delirio systematisado allucinatorio chronico, que póde premeditar um homicidio com todas as cautelas e depois buscar justificar o seu acto, descrevendo com todos os fóros de verosimilhança uma perseguição atroz que affirma lhe haver sido movida.

Como a intelligencia persista integra, não ha cousa alguma impossivel de se realizar, no mechanismo da perseguição que descreve.

A perseguição vai pouco a pouco se tornando mais accentuada e é ella sempre baseada em allucinações do ouvido que o doente está convencido de que sejam a pura expressão da realidade. A principio, o doente experimenta

a tortura do delirio persecutorio e não reage. Procura evitar o convivio social, entrega-se á meditação e leva a escogitar porque o perseguem.

Quando chega á conclusão de que é tudo o fructo de uma perversidade e que nada fez, para que merecesse este padecer, quando reconhece numa dada pessoa o autor de tudo, resolve vingar-se e torna-se perseguido-perseguidor.

Um ponto muito importante no delirio que venho descrevendo, é que *nunca ha delirio de grandezas* e que, portanto, o doente jámais affirma ter sido perseguido porque tivessem inveja delle e seja muito rico e poderoso.

As allucinações do ouvido dominam absolutamente o quadro clinico e só excepcionalmente se antolham as dos outros sentidos.

Longos annos decorre a doença, sempre com o mesmo delirio persecutorio, e ainda mesmo quando o alienado já tenha sacrificado um infeliz innocente, em quem personificou o inimigo, o delirio se não exgotta ahi. Outros inimigos surgem e a trama perdura.

A demencia senil póde mais tarde epilogar o mal, pelo mesmo feitio, porém, porque o faz em qualquer um cujo cerebro soffra as consequencias naturaes da desnutrição provocada pelas alterações da esclerose vascular. Outr'ora havia a grande preoccupação de separar os delirios systematisados em dois grandes grupos, segundo coexistia ou não o factor degenerativo. Si degenerado, dever-se-hia pensar em paranoia; si não degenerado, em delirio chronico. Era o tempo em que se dava a maxima importancia aos estygmas physicos, em que se prestava toda attenção aos dados anthropometricos. Hoje o essencial é a meiopragia psychica ou nervosa ou o desequilibrio mental permanente.

Si uma pessoa, sem a menor tára neuropatica, póde ter confusão mental ou neurasthenia, o mesmo já não succede em relação ao delirio chronico. Para que uma pessoa com zumbidos nos ouvidos, possa vir a acreditar que a persigam, quer isto dizer que o cerebro é pouco resistente e que o factor meiopragico nelle coexiste.

Synthetisando, vê-se que o *deliro systematisado allucinatorio chronico* é por mim concebido como um *delirio systematisado de perseguição,* baseado em *allucinações* quasi exclusivamente auditivas, que se desenvolvem pouco a pouco, a principio elementares e mais tarde communs e verbaes; em que o individuo se torna *perseguido-perseguidor;* em que *não ha decadencia intellectual;* em que se *não constata delirio de grandeza ou de qualquer outro feitio que*

não o persecutorio, e em que a *demencia senil* póde sobrevir como uma contingencia natural.

Roger Therry em These de Lille, de 1934, diz ter encontrado nos delirantes chronicos, reflexos rotulianos exaggerados (33%), tremor das extremidades (31%), perturbações vaso-motoras das extremidades (30%), reflexos pupillares luminosos mediocres ou abolidos (25%), desigualdade pupillar (15%), tremores fibrillares da face (13%), o que tudo prova que o systema nervoso geral não fica immune.

Courtois e Beley verificaram no liquido cephalo racheano ligeira hyperalbuminose (0,40 a 0,60).

Ha muitas vezes a extensão da curva de precipitação do benjoin na zona meningitica.

Antes de procurar demonstrar a razão de ser do delirio systematisado allucinatorio chronico e de provar que não é elle a mesma cousa que outras individualidades que têm sido criadas, parece mais methodico assignalar logo que não é elle a mesma cousa que a *paranoia*. Outr'ora chamava-se paranoia qualquer delirio systematisado. Hoje em dia é admittido como paranoia um delirio systematisado, em que não ha allucinações ou desempenham ellas um papel inteiramente secundario. No delirio allucinatorio tudo se basêa em allucinações. São ellas que fazem com que o doente tire conclusões erradas.

Na paranoia ha uma idéa falsa e, firmado nella, vai o doente tirar conclusões logicas de premissas falsas.

E' um vicio de interpretação originario que dá um alicerce falso para todo o castello de idéas do doente.

Orgulho e desconfiança representam qualidades intrinsecas do paranoico; no delirante chronico, tambem tal se verifica, havendo, porém, aqui mais desconfiança do que orgulho e, no outro caso, mais este do que aquella.

Sempre que o delirio depender unica e exclusivamente de allucinações, não se deve pensar em paranoia — e assim já se tem um elemento poderosissimo para firmar o diagnostico differencial.

Em ambos, o encadeiamento de idéas é perfeitamente logico e os doentes pensam tão bem como qualquer pessoa sã. A differenciação com esta consiste em que a base do raciocinio é falsa: na paranoia, uma idéa, no delirio allucinatorio, uma allucinação. Será o delirio systematisado de Magnan? Não. O *delirio chronico* de Magnan ou *psychose systematica progressiva* de Garnier é constituido essencialmente por um periodo de ruminação mental ou de

interpretação delirante, um periodo persecutorio, um periodo com *delirio de grandezas* e o periodo final de demencia

No periodo inicial do delirio chronico de Magnan ha illusões e o doente vive desconfiado de tudo e de todos. Pensa que o estejam olhando, que o ridicularisem, que lhe queiram fazer mal.

As allucinações, particularmente auditivas, se desenvolvem no começo do segundo periodo. Justifica-se o delirio de perseguição e o doente encontra demonstrações della nas allucinações que cada vez mais se desenvolvem e se aperfeiçoam. Vem depois o delirio de grandezas e o motivo por que tanto o perseguem, é a inveja, porque elle é muito rico, é filho de reis, é o apaixonado de nobres. Desenvolve-se, posteriormente, o epilogo demencial. Magnan descreveu tudo isto como se desenvolvendo vagarosa e methodicamente.

O quadro eschematico que descreveu, não foi acceito por seus discipulos, e Legrain, o principal continuador de suas idéas, admitte a existencia do delirio chronico sem os quatro periodos.

O delirio systematisado allucinatorio chronico não é a mesma cousa que o delirio de Magnan, *porque nunca tem delirio de grandezas* e ha uma certa differença no periodo inicial.

J. Falret descreveu o *delirio de perseguição de evolução systematica* como constituido por 4 phases: phase de interpretação delirante, de allucinações do ouvido ou periodo de estadio; de perturbações da sensibilidade; de estereotypação ou *delirio de grandezas.*

Nelle se firmou Magnan quando criou o seu delirio, mas quer um, quer outro, differem do que venho descrevendo.

O *delirio systematisado agudo dos degenerados ou* delirio subitaneo ou affluxo delirante consiste em um delirio que apparece de repente, com toda sua intensidade, sem que haja préviamente qualquer periodo preparatorio. Dura, no maximo, algumas semanas. O teôr do delirio varia: ora persecutorio, ora grandioso, ora religioso, etc. Ora ha muitas allucinações, ora ha apenas interpretações delirantes. O delirio é polymorpho e passa rapidamente de perseguição a grandeza, por exemplo.

Muitos casos que outr'ora tinham a rubrica de delirio systematisado agudo dos degenerados, cabem melhor na psychose maniaco-depressiva.

No entanto, vê-se bem que são differentes do delirio systematisado allucinatorio chronico.

Lasègue, num trabalho publicado em 1852, no qual Falret e Magnan se basearam, apresentou idéas muito bôas sobre o *delirio de perseguição,* mas o seu estudo é feito, sob um ponto de vista geral, nas diversas doenças em que este delirio se póde encontrar, e nelle não ha a menor idéa de systematisação.

Morel foi um dos primeiros que admittiu a transformação do delirio de perseguição em delirio de grandezas.

Magnan julgava este elemento indispensavel ao seu delirio.

J. Falret admittia, em 1887, a existencia do delirio de grandezas em um terço dos casos de delirio de perseguição systematica.

Vê-se pois, que no typo de Lasègue e no de J. Falret se admitte que possa haver delirio de perseguição sem delirio de grandezas, e no de J. Falret, mesmo com a presença de systematisação.

O delirio systematisado allucinatorio chronico tem a sua individualidade bem caracterizada, convindo, no entanto, notar que este typo tem o seu feitio mais parecido no sem megalomania, que J. Falret considera como possivel, embora menos frequente. Esta modalidade de J. Falret differe, porém, muito do delirio allucinatorio por numerosos outros predicados.

Na *allucinose chronica* de Dupré e Gelma ha numerosas allucinações, mórmente auditivas, mas o individuo as recebe passivamente, sem interferir, portanto, na sua systematisação ou nellas demoradamente meditar.

Dupré e Gelma frisam bem que nestes casos não ha a menor idéa delirante. E' um syndromo puramente allucinatorio, em que não ha qualquer interpretação ou concepção delirante.

Vê-se, pois, que a allucinose chronica é bem differente do delirio allucinatorio que venho expondo.

Não é tambem igual a elle a *psychose allucinatoria chronica* de Gilbert Ballet. Nella ha inicialmente um estado cenesthesico penoso, seguindo-se a elle delirio de perseguição e de *grandeza,* havendo, além disto, a *desaggregação inicial e persistente da personalidade e o phenomeno do echo do pensamento.*

No delirio systematisado allucinatorio chronico o doente nunca perde a sua personalidade. Verdade é que o saudoso e notavel Professor Ballet dizia que, quando ha allucina-

ção, já ha uma desaggregação da personalidade, o que me não parece razoavel. De facto, pela circumstancia de receber impressões de cousas que não existem, não se deve deduzir que o doente já não tenha a sua individualisação, não tenha a synthese de sensações que lhe dá a noção do proprio eu.

O phenomeno do echo do pensamento é um testemunho de profundo disturbio da cenesthesia e de notavel abaixamento do nivel intellectual. Para que uma pessoa de intelligencia normal acredite e affirme que lhe roubem o pensamento e o divulguem, é preciso que tenha decahido muito, pois a idéa é muito pueril, verdadeiramente absurda.

Ballet considera as idéas de perseguição como um phenomeno secundario e accessorio diante do grande valor do echo do pensamento e da desaggregação da personalidade.

Penso que o quadro de Ballet corresponde antes á *demencia precoce paranoide*. Aliás já Gilbert Ballet, na Sociedade de Psychiatria de Paris, em 18 de Junho de 1914, dizia que os doentes de psychose allucinatoria chronica podiam ter ou deixar de ter abaixamento do nivel intellectual, mas quando este se verificava, era muito rapido, devendo estes casos caber na demencia precoce paranoide, ficando os outros na psychose allucinatoria. Dava, portanto, uma bôa parte á demencia paranoide.

O delirio systematisado allucinatorio chronico não é a mesma cousa que esta. Nelle não existe a perda da affectividade, a perda de iniciativa, a associação extravagante de idéas, o delirio de posse physica e o phenomeno do echo do pensamento, que são peculiares á eschizophrenia paranoide. O delirante chronico póde ter odio de uma pessoa, mas não vai escolher, como o eschizophrenico os proprios progenitores ou pessoas outras que mais estimasse.

Iniciativa tem-na demais, pois longamente premedita a vingança e lhe sopesa todas as possibilidades de execução. Não ha o menor abaixamento do nivel intellectual que permitta a associação extravagante de idéas e o echo do pensamento, nem tão pouco disturbio profundo da personalidade que tolere o delirio de posse physica.

Para differenciação com a eschizophrenia, além dos caracteres clinicos que assignalei, ha, muito modernamente, a reacção de Kottmann. Nos Annales Médico Psycholgiques, de Abril de 1934, Hamel, Chavaret e Rojer, a descreveram com cuidado.

Tira-se em jejum sangue venoso, junta-se a 1 cc^3 de sôro isento de hemoglobina, 25 centigrammas de solução de iodeto de potassio a meio por cento, 30 centigrs. de so-

lução de nitrato de prata a meio por cento. Depois de exposição durante vinte minutos á acção de uma lampada de cem vélas, cada tubo recebe 50 centigrammas de uma solução de hydroquinona a 25 centigrs. por cento.

Na psychose allucinatoria chronica a reacção de Kotmann mostrou-se accelerada, demonstrando uma diminuição de actividade da thyreoide (de 1 1/2 a 10 minutos). Em 80 a 90 % dos casos de demencia precoce, a reacção é muito mais rapida, nunca passando de 2 minutos. Na psychose maniaco-depressiva verificaram hyperthyreoidismo e a reacção demorou meia hora e, mesmo ás vezes, muitas horas.

Lendo-se com cuidado o estudo clinico da paraphrenia, vê-se que nella ha um elemento constante: o abaixamento do nivel inetllectual. Só com a presença deste se poderia conceber que doentes, anteriormente bem intelligentes, possam vir a se convencer de tantas baboseiras como no seu delirio ostentam.

O delirante chronico não perde a intelligencia e tem um delirio perfeitamente logico e possivel. No delirante chronico nunca ha delirio de grandezas, o que existe na paraphrenia systematica. Não se sente inteiramente dominado pela vontade dos outros, nem acredita que lhe possam roubar o pensamento e divulgal-o, como occorre no paraphrenico. Não existem tambem delirio erotico e religioso, como neste.

O paraphrenico tem allucinações, quer da vista, quer do ouvido, quer do gosto, etc., ao passo que o delirante chronico tem quasi exclusivamente do ouvido.

Vê-se, pois, que um e outro têm caracteres differentes e que, para que se sinta natural admittir a distincção, basta meditar com attenção nos predicados fundamentaes que o proprio Kraepelin dá á paraphrenia systematica.

Quem observa com cuidado doentes em hospicios e casas de saúde, obterá typos clinicos perfeitos de delirio systematisado allucinatorio chronico. Muitos tenho visto, e quando nelles medito, cada vez mais me convenço da individualidade do delirio que expuz em Londres. O Dr. Athanagildo Ferraz que foi optimo interno da Clinica Psychiatrica, publicou em 1921 uma excellente these a respeito do delirio que descrevi, na qual a par de grande clareza e intelligencia na exposição das minhas idéas, se encontra uma observação caracteristica de um doente do Instituto de Neuro-pathologia que a varias turmas de alumnos foi apresentado.

Leroy e Medacovitach, no Congresso de Barcelona, de Maio de 1929, assignalaram que em *autopsias de individuos* que tinham tido *demoradas allucinações do ouvido,* tinham sido encontradas no cerebro lesões de meningo-encephalite no lóbo temporal. O Professor Jakob, num optimo curso que aqui deu em 1928, o mesmo verificou.

O *tratamento* do deliro systematisado allucinatorio chronico visa especialmente impedir que, dominado completamente pelo delirio de perseguição, possa vir a fazer mal a alguem. Para isto, é indispensavel isolar o doente e no asylo em que estiver, dar-lhe trabalho com que encontre um derivativo para suas constantes allucinações.

Para diminuir as allucinações, uso tambem com proveito moscas de Milão atraz das orelhas ou sanguesugas nas apophyses mastoides, e uma poção com iodureto de potassio, chloral hydratado e extracto fluido de Cimicifuga racemosa.

Como a syphilis possa influir na genesis do delirio, emprego o tratamento especifico que em alguns doentes bons resultados me tem propinado.

E' preciso sempre fazer psychotherapia, animar o doente e desviar-lhe a attenção das idéas persecutorias que o torturam, não perdendo tempo em buscar demonstrar-lhe que tem allucinações, pois elle as sente tão claras como nós sentimos a realidade.

Nestes casos é o trabalho a melhor therapeutica, aquella com que muitos casos de doenças mentaes são attenuados, sinão curados.

PARANOIA

Ha poucas questões em psychiatria, cuja sorte tenha sido mais variavel do que a da paranoia. Houve um tempo em que este diagnostico era constantemente firmado e, nas estatisticas do Hospital Nacional de Alienados, a percentagem seria approximadamente de 25 %.

Quasi todo delirio systematisado allucinatorio ou não, tinha esta rubrica e o publico leigo em assumptos de psychiatria ouvia de tal fórma falar em paranoia que frequentemente dava este titulo a qualquer alienado.

Veiu posteriormente a reacção e, modificando fundamentalmente os moldes da paranoia, Kraepelin fez com que ella fique apenas em 2 % dos casos.

Analyse mais detida, observação mais cuidadosa têm permittido que os casos que outr'ora tinham a rubrica de paranoia caibam melhor na psychose maniaco-depressiva, no delirio systematisado allucinatorio chronico, no delirio episodico dos degenerados ou na eschizophrenia.

A paranoia, que significa pensar errado, pensar de viéz, consiste em um delirio systematisado, bem encadeado, logico, sem allucinacões como elemento essencial e antes como verdadeira excepção, em que de uma idéa falsa tira o individuo uma série de conclusões razoaveis e em que ha, como vicio fundamental, primitiva e originaria autophilia, egocentria resultante, inadaptabilidade ao meio e reacção consequente contra este. Kraepelin diz que nelle ha um systema delirante duradouro e immutavel que coincide com uma perfeita conservação da lucidez e da ordem no pensamento, na vontade e na acção.

Sempre que houver allucinação como elemento predominante, se não deve pensar em paranoia. Nella o individuo raciocina tão bem como qualquer de nós: a differença consiste apenas em que elle parte de uma base falsa.

Na genesis desta doença influe consideravelmente um vicio de educação. A familia manteve o doente na convicção de que seja elle uma pessoa de grande talento e de qualidades todas superiores ao resto da humanidade. De tal fórma fica elle imbuido da idéa de que seja superior a todo mundo que qualquer contrariedade que este lhe proporcione, é apregoada como um testemunho de inveja e despeito.

Nos primeiros tempos de sua vida é a criança objecto da attenção e dos cuidados de todos e quando a personalidade se constitúe, ha autophilia e egocentria.

Quando ella quer qualquer cousa e se põe a chorar, vê logo o seu desejo attendido e adquire a convicção de que basta querer qualquer cousa, para que ella logo se faça. Julga-se uma grande cousa e acredita que o mundo todo esteja ás suas ordens. Com o decorrer dos annos, começam a se desenvolver as contrariedades, começam a ser embaraçados os desejos. A educação começa a agir sobre a criança e a lhe incutir a idéa de que nem tudo quanto queira, se póde fazer e de que deve ella buscar subordinar-se á influencia do meio, que nem sempre é condescendente.

Quem sempre teve até então tudo quanto quiz e vê contrariado, pela primeira vez, um seu desejo, tem um sentimento natural de revolta. Verifica, porém, que esta nada lhe aproveita e é obrigado a subordinar-se ao meio.

Ha, no entanto, certos paes que educam muito mal os filhos e que vivem a lhes insuflar a vaidade, dizendo que elles têm um talento excepcional, um valor raro. A' força de tanto ouvirem, adquirem os filhos esta convicção. Succede, ás vezes, que elles têm realmente valor, embora não o que apregoam. Bons estudantes no collegio, póde succeder que num preparatorio, por exemplo, sejam infelizes e tenham uma nota má. O typo normal sente justamente e se lamenta. O viciado pela educação fica indignadissimo e, em vez de attribuir o fracasso ao seu caiporismo, o considera como um effeito da inveja dos examinadores pelo talento que tem, do despeito por tel-os pilhado em erro, do máu vezo social de dar supremacia a nullos e incapazes.

A familia revoltada corrobora estas idéas e as incensa

O meio vai contrariando muitos dos seus desejos e, por isso, cada vez ficando mais irritado contra elle.

Quando vê que sua reacção não dá resultado, busca isolar-se do meio. Despreza-o e procura viver só. Cada vez se vai retrahindo mais e reduzindo o numero de seus amigos.

Critica a organização social e apregoa os seus defeitos que dão valia a nullos e incapazes. Embora em antagonismo constante com o meio, continúa a estudar e trabalhar.

O seu coefficiente intellectual não decahe e muitas vezes chama mesmo a attenção pela sua pujança.

Ha, pois, uma persistencia, pela vida adiante, de qualidades egoisticas que toda criança tem. O egoismo predomina na criança e no velho.

Quando a juventude se constitue, a pujança de forças e energia permitte que o individuo vá cuidar mais dos outros que de si mesmo. O altruismo é predicado da personalidade perfeitamente constituida. E' elle que explica o sacrificio dos filhos pelos paes, do esposo pela esposa e, mais tarde, dos paes pelos filhos.

O instincto maior de todos nós, o amor pela propria vida, desapparece diante do perigo que attinja um dos nossos entes mais queridos. E demonstração positiva do altruismo é o sacrificio de um individuo por uma idéa, pela defesa da collectividade, pela garantia da honra de sua patria.

E o individuo que morre numa guerra, que se sacrificou pelo seu paiz, nem sempre recebeu delle favores. Sabe, porém, que deve á patria a sua vida e por ella succumbe orgulhoso.

E' este o desenvolvimento normal da personalidade, em que do egoismo se passa ao altruismo. Quando a velhice se approxima, o individuo começa a apegar-se ao passado e do altruismo vai passando ao egoismo. Começa então a viver mais para si que para os outros, e a se tornar conservador, misoneista, inimigo de qualquer transformação que o afaste de seu passado feliz.

Synthetisando, vê-se que em qualquer criança ha *autophilia,* amor exaggerado a si mesma, e *egocentria,* convicção de que tudo deva convergir no sentido de seus interesses.

O meio e a educação corrigem estes dois defeitos, que já não existem nas pessoas normaes. Si a educação fôr má e o meio, como é natural, se não complasmar com tudo quanto o individuo quizer, surgem a falta de adaptação do individuo ao meio, a interpretação de tudo como um testemunho de hostilidade pessoal e a reacção contra o meio.

E' um vicio de interpretação, baseado num defeito de educação e na falta de adaptação ao meio, que vai constituir a *paranoia.*

O paranoico não é simplesmente um individuo mal educado e sim tambem, um inadaptavel ao meio, um revoltado contra a sociedade, um maldizente do que o circumda.

Uma pessoa póde ser educada com a convicção, incutida pelos paes, de que seja um grande talento ou tenha qualquer predicado excepcional. O primeiro embate do meio, porém, vem demonstrar-lhe que os paes não têm razão e ella se rende á triste contingencia de sua fraqueza humana. E' o caso, como vulgarmente se diz, de quem não recebe educação em casa e vai recebel-a na rua.

O meiopragico psychico, porém, não se rende ao meio e, tendo uma vez pensado errado, continúa sempre a fazel-o do mesmo modo e persiste com a sua autophilia e egocentria.

O paranoico não é um degenerado porque tenha alguns estygmas psychicos de degeneração que isolados nada significam, mas porque se encastella numa convicção de superioridade, de que o não conseguem arrancar as contingencias do mundo e o raciocinio ponderado. O typo normal é aquelle em que ha harmonia das funcções psychicas e em que a qualquer excitação corresponde uma reacção logica e proporcional. No degenerado não ha proporcionalidade entre o sentir, o pensar e o querer, e um vicio de interpretação póde modificar essencialmente toda a justeza do raciocinio.

O papel da herança, a que se buscou dar tanto valor na paranoia, tem apenas a significação de um coefficiente poderoso de meiopragia nervosa e facto é que em sciencia se não depara assignalado caso de paranoico filho de paranoico. Toma-se hoje muito em consideração o facto de haver uma *constituição paranoica*. Genil Perrin, em seu optimo livro — Paranoiaques — de 1927, versa muito bem o assumpto, mostrando haver uma diathese, um caracter congenito, uma personalidade especial.

O Dr. Carmelo Ventra, em artigo muito interessante na Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina-Legal, de Novembro de 1924, assignala menor resistencia do systema nervoso, provocada por uma diminuição na evolução chimica da cellula nervosa e coincidindo com a ausencia provada de lesões anatomicas, macro ou microscopicas.

Carbone e Pighini demonstraram que 2/3 da substancia secca do cerebro normal são constituidos por lipoides que se distribúem em proporção variavel nas diversas zonas do cerebro. Southard achava que as manifestações clinicas de certas doenças mentaes se encontravam em relação com

a localisação das lesões em determinadas camadas ou lobulos do cerebro. Pighini fala em uma degeneração lipoide progressiva da cellula nervosa, na transformação dos lipoides, no desenvolvimento de cellulas ameboides e de cellulas granulosas peri-vasculares. O endocrinismo perturbado póde influenciar. Ha uma meiopragia nervosa, em que a herança muito inflúe. Goldstein acredita que disturbios no endocrinismo possam acarretar uma alteração na cenesthesia, um vicio no modo de sentir, podendo logicamente admittir-se que a herança influindo naquelles, possa preparar esta.

Pende assignala a grande influencia que sobre a regularisação trophica do cerebro exercem o sympathico e o parasympathico, cuja funcção normal depende do perfeito metabolismo nas glandulas de secreção interna.

Laignel-Lavastine admitte a existencia de delirios systematisados sem allucinações, portanto, segundo penso, do feitio paranoide, em consequencia de dysfuncção de ovarios, testiculo, prostata ou capsulas supra-renaes.

Buscaino pensa que o hyperthyreoidismo possa explicar a genesis de certas idéas delirantes.

O Dr. Carmelo Ventra acredita que o estado de hyper, hypo ou dysfuncção chronica de uma ou varias glandulas de secreção interna, agindo sobre um systema nervoso meiopragico, possa acarretar a tendencia a interpretar de modo delirante as relações do individuo com o meio ambiente.

Wernicke explica a genesis da paranoia pela interrupção das vias associativas, acarretando-se a dysfuncção dos componentes psychicos.

Ha no paranoico uma tendencia constitucional que o faz inadaptavel ao meio e lhe inflúe no desenvolvimento do delirio, em que ha sempre orgulho e desconfiança, egophilia e egocentrismo.

Não é um abalo moral que faz surgir num surto agudo a paranoia, e sim um feitio cerebral, preparado pela herança nervosa, em que talvez perturbações de glandulas endocrinicas representem papel de monta.

Lesão anatomo ou histopathologica caracteristica se não encontra, mas as hypotheses fórmuladas a respeito da causa da paranoia são baseiadas em bôa logica.

Appellou-se na genesis da paranoia para uma questão de atavismo e buscou-se, segundo idéas lombrosianas, fazer deste doente a reproducção de typos primitivos, Pensou-se em consideral-o como a rememoração do selvagem. Seria um selvagem a viver na sociedade.

Quem já conviveu, porém, com indios, declara que muitas vezes se destacam pelo seu altruismo e que muito longe delles está o grande orgulho, proprio do paranoico.

Não é este tambem uma reproducção moral do macaco, pois Chaillu e Brehm accentuam bem que nas sociedades simiescas ha dedicação mutua e muitas vezes notavel altruismo.

O Dr. Bueno de Andrada, em seu bem elaborado trabalho sobre paranoia, desenvolve cuidadosamente estas questões e accentúa a sem razão dos que appellam para estas interpretações na genesis da paranoia.

Os Profs. Juliano Moreira e Afranio Peixoto, em seu excellente trabalho sobre a paranoia e os syndromos paranoides, estabeleceram uma fórmula breve que caracteriza perfeitamente a symptomatologia da paranoia:

"1.º — Primitiva e originaria autophilia — sentimento innato e fundamental da personalidade — não corrigida e adaptada ao meio, antes incrementada pela educação defeituosa: egocentria resultante.

2.º — Inadaptabilidade correspondente entre o individuo e o meio: interpretação como hostilidade pessoal.

3.º — Reacção contra o meio. Inicio das perturbações apparentes. Perseguição activa ou passiva, ou activa-passiva, mais commummente."

Esta synthese exprime admiravelmente a symptomatologia da paranoia, como tive occasião de descrever, e assignala bem o seu methodo evolutivo.

Specht considerava a paranoia a doença da desconfiança.

Penso que se póde considerar a paranoia como podendo apresentar tres modalidades clinicas: *delirio de interpretação, delirio de reivindicação e delirio de imaginação.*

Estes tres delirios foram bem estudados por francezes que os apresentaram isolados, mas entendo que cabem perfeitamente na paranoia de Kraepelin.

O *delirio de interpretação* de Serieux e Capgras consiste em um delirio systematisado, em que habitualmente faltam as allucinações, em que o doente conserva toda lucidez e actividade psychica e em que não ha, portanto, enfraquecimento mental.

E' a fórma de paranoia em que ha essencialmente intepretação delirante. Orgulhoso e desconfiado, vive o doente a acreditar que tudo vise a sua pessoa, que inimigos procurem desmoralisar e atacar. Nas conversas que es-

cuta pelas ruas, pensa sempre que ha uma allusão á sua pessoa.

Tive um doente que, si alguem, por acaso, escarrava perto delle, ficava indignadissimo, porque achava que isto era um testemunho de escarneo.

Outro criou grande rancor de um rapaz que, despreoccupadamente, lhe perguntou se ia forte, entendendo elle que isto era uma allusão frisante á sua impotencia psychica, de que o outro, aliás, era inteiramente desconhecedor. O paranoico, neste seu feitio, leva tudo para o lado do mal. O mundo vive a critical-o e a guerreal-o. O menor accidente de sua vida é invocado como uma prova de hostilidade do meio. Este é um grande inimigo e o individuo vive em lucta com elle. Tudo é fructo da inveja pela sua superioridade e o testemunho do absurdo dominio do mundo pelos nullos e incapazes. Procura viver isolado para se não contrariar.

Muitas vezes o delirio de interpretação se desenvolve em individuos que têm grande intelligencia e real preparo scientifico. Isto prova que o paranoico póde vir a occupar no meio, lugar de destaque. Isto, porém, lhe não dá absoluta tranquilidade e satisfação. Conheço um que ás suas glorias merecidas sempre se referiu, como si ellas fossem um galardão inferior ao que deveria ter.

Como o paranoico conserva sempre a sua intelligencia, segue-se d'ahi que as suas interpretações se detêm nos dominios do possivel. O facto não existe, mas seria possivel de se dar. E' este o motivo pelo qual a logica do paranoico muitas vezes convence a quem o escuta e colloca em situação difficil quem por elle é accusado.

No delirio de interpretação, que considero um ramo da paranoia, a base de todo o raciocinio é falsa, mas as deducções que o doente della retira, são logicas e razoaveis.

A interpretação delirante distingue-se do erro porque se não consegue convencer o doente de que não está com a verdade, ao passo que o erro se ractifica facilmente. Ao contrario do erro, a interpretação delirante se diffunde, se generalisa, se systematisa, tendo um caracter egocentrico e dominando completamente a actividade do individuo. O paranoico consegue trabalhar e, como já tive occasião de dizer, muitas vezes se destaca no meio. No entanto, em toda sua actividade vão influir o orgulho e a desconfiança e frequentemente se tornam companheiros pouco desejaveis.

Extremamente preoccupado com as suas interpretações, póde succeder que no paranoico occorra uma ou outra allucinação. Isto é, porém, excepcional e positivamente não influe no desenvolvimento do delirio. Illusões são muito mais frequentes e dependem da precipitação com que o doente busca tirar suas conclusões.

O feitio predominante do delirio de interpretação varia: ora o individuo é perseguido por invejosos e despeitados, ora é denunciado por um crime atroz e tudo leva para o lado do mal, ora vive numa atmosphera de paixões e acredita ser o alvo de cubiças amorosas, ora é evangelisador e busca pregar religiões que poucos acceitam.

Sérieux e Capgras falam tambem no delirio hypocondriaco e no de auto-accusação, que me não parecem ficar bem na paranoia.

Vallon disse muito bem que as reacções do interpretador são "as manifestações de seu temperamento accionado pelo seu delirio".

Segue-se d'ahi que o individuo reage mais ou menos segundo o seu temperamento.

A's vezes, o isolamento é o unico recurso de reacção. O individuo procura afastar-se de todos, para se não incommodar. Outras vezes procura dissimular a reacção ou fazer crêr que não percebeu a supposta hostilidade do meio.

Ha casos interessantes, como o de Jean Jacques Rousseau, em que o individuo vivia a viajar, evitando ficar algum tempo no mesmo lugar em que suppoz haver hostilidade.

No interpretador em que ha o delirio de ciumes, se constata a utilização de mil recursos a buscar comprovar a supposta infidelidade. A's vezes, processos brutaes são empregados para se arrancar uma declaração do que se não fez.

Quando o interpretador acredita que o queiram envenenar, procede como já vi uma vez, em que só se alimentava de laranjas e bananas, em que se não podia facilmente introduzir o veneno.

O paranoico que tem o delirio de interpretação, lança muitas vezes mão de cartas, em que accentúa a perseguição que se lhe move, e vasa os seus queixumes e protestos. Estes, porém, não attingem nunca á intensidade do que se verifica no delirio de reivindicação e póde-se dizer mesmo que o paranoico, no delirio de interpretação, reage sempre muito menos que no de reivindicação, é muito mais passivo naquelle do que neste.

O paranoico, sob á fórma de delirio de interpretação, rerpresenta antes o typo do simples perseguido, ao passo que, no delirio de reivindicação, o de perseguido-perseguidor.

O *delirio de reivindicação* corresponde á fórma querelante da paranoia dos auctores allemães.

Sérieux e Capgras descreveram muito bem este delirio. Deny e Camus chamaram-no delirio com base de representações mentaes exaggeradas ou obsidentes, e Dupré, delirio paranoico com idéas prevalentes.

Como muito bem dizem Sérieux e Capgras, o reivindicador é ao mesmo tempo um obcecado e um maniaco. Quer isto dizer que vive elle completamente dominado por uma idéa e reage com uma certa exaltação.

Ha dois feitios de delirio de reivindicação: o *egocentrico* e o *altruista*.

Na fórma egocentrica, o paranoico parte da idéa de que seu direito tenha sido ferido, de que sua pessôa tenha sido atacada, e vive numa lucta constante, em defesa do seu proprio eu, contra os que suppõe, o contrariem ou hostilisem.

Na fórma altruista, o paranoico é um defensor dos direitos e interesses dos outros. E' um campeão das liberdades alheias. Sacrifica-se no interesse da collectividade.

No delirio de reivindicação é o paranoico perigosissimo, pois partindo de uma idéa falsa, sem a menor allucinação, pratica um homicidio com toda premeditação, sem o menor remorso, convencido de que está fazendo um bem ou uma cousa necessaria.

E' de vêr a clareza com que buscam justificar o crime, que chegam quasi a invocar como uma necessidade. Ha, ás vezes, como indicio do mal, um prejuizo realmente occorrido, mas em vez do individuo se subordinar ás contingencias da vida que lh'o impuzeram, revolta-se e não admitte qualquer commentario razoavel.

E' o caso como o de um doente do Prof. Juliano Moreira, que, tendo tido uma questão com um vizinho, por causa de um dominio de terras, e tendo intentado uma acção perante os tribunaes, a qual perdeu, levou a vida inteira a appellar para tribunaes superiores, a invectivar os seus juizes, a redigir artigos insultuosissimos, despendendo nas acções mais do que as terras valiam e evitando qualquer accôrdo que os adversarios propunham. Fallecido o doente, tudo se resolveu amigavelmente.

O paranoico reivindicador tem o seu fundamento constante de orgulho e desconfiança e se não póde conformar

que decidam contra elle, mesmo quando lhe não assista direito.

Qualquer de nós póde vêr o seu direito ferido e naturalmente protestar. Não irá, porém, no seu protesto, á teimosia e irritabilidade do paranoico, nem tão pouco viverá a redigir pela imprensa artigos insultuosissimos ou a diffamar como venaes todos os seus juizes.

Na acção reivindicadora vai o paranoico muitas vezes até a aggressão physica, o que o torna summamente perigoso.

Não menos perigoso é o *paranoico reivindicador altruista.*

Este entende que se deve collocar como defensor dos interesses dos outros e, muitas vezes, chega a matar alguem que entenda ser o culpado de tudo. E' um verdadeiro advogado perigoso e officioso. Outras vezes, torna-se o paladino de uma religião de poucos proselytos e se sacrifica na sua divulgação.

Outros são regeneradores da sociedade, criticos de seus costumes e defensores espontaneos de fracos e opprimidos. Sacrificam seus interesses aos dos outros e têm um certo garbo nisto. Entregam-se á divulgação de doutrinas philosophicas e muitas vezes, nisto, sem proveito, esgotam todos os seus haveres.

O typo processomaniaco é o mais commum nos reivindicadores. Digno de nota é que, ás vezes, o individuo não larga o que pela sentença perdeu, e diz, como o doente de Forel, que um homem intelligente faz elle proprio a sua lei.

O paranoico interpretador não vai muitas vezes até á acção, ao passo que o reivindicador vai sempre até esta. O primeiro é mais passivo na sua perseguição do que o outro. Sendo ambos ramos da paranoia, comprehende-se bem que se possa passar de uma fórma para outra.

O *delirio de imaginação* representa a terceira modalidade clinica da paranoia.

Dupré e Logre, que o fundamentaram, dizem que o doente "emitte affirmativas, á realidade das quaes elle dá credito, fóra de qualquer experiencia e de qualquer raciocinio, procedendo por auto-suggestão, invenção e intuição".

O paranoico imaginativo vive a phantasiar cousas de cuja verdade fica perfeitamente convencido.

Um exemplo de delirio de imaginação é o caso classico de D. Quixote de la Mancha. Convicto de seu grande valor, eterno defensor dos opprimidos, vivia elle em constante

lucta em pról de Dulcinéa de Tobosa, sonhando luctar com gigantes quando combatia apenas modestos moinhos de vento. Tartarin de Tarascone é outro bom exemplo.

Segundo Ribot, ha alternancia quando um individuo está no limite do delirio e distingue o mundo imaginativo do real. Ha um caso de Féré, de um romancista que de tal fórma se havia incorporado á personalidade do protagonista de seu livro, residente em Chaville, que respondia a perguntas como si fôra elle. No entanto, cahia em si, facilmente, e distinguia o real do imaginario. Já não o faz quem tem delirio de imaginação. Já não ha alternancia entre a vida de sonho e a real. O individuo está constantemente engolphado em sua phantasia. O fundo paranoico, orgulho e desconfiança, ahi persiste.

Os acontecimentos a que se refere o doente, são complicados e extraordinarios. Não são, porém, de molde a provar que houvesse abaixamento do nivel intellectual, o que serve para differenciação com a paraphrenia phantastica.

O doente dá muitas vezes a impressão de um grande mentiroso (pseudologia phantastica de Delbrück). Frequentemente, não admitte elle discussões a respeito da veracidade de suas narrativas: dellas está tão convencido quanto nós da realidade. O doente apprehende os factos do mundo exterior, de accôrdo com o interesse de suas idéas.

Um ponto que tambem justifica a incorporação do delirio de imaginação á paranoia, é a sua coexistencia, em alguns casos, com o delirio de interpretação e com o de reivindicação.

Dupré e Logre descrevem a psychoplasticidade mythopathica ou mythoplasticidade como um estado constitucional commum ao delirio de imaginação e ao mentiroso morbido. Ainda ahi não ha allucinações.

Penso que o delirio de interpretação, o de reivindicação e o de imaginação devem ser englobados na rubrica de paranoia, porque em qualquer delles ha orgulho e desconfiança, delirio systematisado sem allucinações e sem abaixamento do nivel intellectual, passagem facil de um para o outro, primitiva e originaria autophilia, inadaptabilidade ao meio e reacção contra este.

A paranoia póde apresentar-se como um simples syndromo no decorrer de outras entidades clinicas. Póde tambem ser uma reacção a causas exogenas organicas. Kretschmer encontrou syndromo paranoide em feridas do cerebro, Wimmer em tumores do cerebro, Kleist, psychose de

Kleist relacionada com a menopausa, Seelert, na arterio-esclerose, Stertz, no typho, nos paralyticos impaludados, no delirio dos surdos, Banús, no delirio dos cegos.

Nos Archivos do Manicomio Judiciario de 1935, o distincto Prof. Dr. Murillo de Campos escreveu um trabalho a respeito de paranoia, em que discutiu alguns pontos de vista modernos.

Assignalou que Gaupp demonstrára que o systema delirante paranoico póde modificar-se, adaptando-se mesmo ás contingencias da vida, sejam actuaes, sejam passadas.

Raecke, analysando o conceito clinico do delirio querelante que serviu de base á concepção da paranoia de Kraepelin, chegou á conclusão de que o delirio querelante puro, genuino, é muito raro e ha apenas phenomenos reaccionaes paranoides que pódem seguir-se uns aos outros, dando um typo chronico de querelancia. No conceito de Raecke ha fórmas graves e fórmas leves de paranoia, consoante o feitio de reacção paranoide.

Discutindo-se o problema do caracter paranoico, modernamente se admitte que não haja uma unica disposição paranoica e sim, varios typos de caracter que levem á paranoia. Kraepelin disse que podem ser individuos excitados, rudes, violentos, ou desconfiados, teimosos, instaveis, ambiciosos, ou fracos da vontade ou da intelligencia.

Ha *paranoicos combativos*, com tendencia á revolta, *sensitivos*, com tendencia á inhibição, e *paranoicos de desejo*, em que a phantasia é estimulada.

Kretschmer diz que o *delirio querelante* é uma psychose combativa que se associa ao desejo de realisação.

Disse que não ha differença sensivel entre o querelante que lucta movido por um desejo phantastico, e o inventor que emprega todos os meios para realisação do seu desejo.

Em synthese, a paranoia abrangeria o *delirio querelante, psychose de desejo e delirio sensitivo de interpretação*.

Bleuler diz que a formação delirante da paranoia está em connexão com a eschizoidia e a eschizophrenia. Ha formações delirantes eschizophrenicas leves que se não distinguem da paranoia.

Ha porém, uma distincção: a eschizophrenia ligar-se-hia a um processo anatomico e a paranoia, não. Bleuler diz que a paranoia é uma psychose de reacção.

Kolle, em 1935, escreveu que, acompanhando cerca de 50 casos de paranoia kraepeliniana em hospicios allemães, verificou que sob o ponto de vista heredo-biologico se ligavam ao grupo eschizophrenico. De 19 casos de Kraepelin, 5 evo-

luiram para a eschizophrenia, 10 se limitaram a um syndromo delirante puro.

No *delirio sensitivo de interpretação,* Kretschmer admitte quatro fórmas clinicas: o *estado paranoico systematisado,* o *delirio sensitivo agudo, a neurose de interpretação* e a *formação delirante intermittente.*

P. Schiff, em trabalho sobre as paranoias e psychoanalyse, busca assignalar relações entre a doença e o complexo sexual.

Em Maio de 1931, Pascal e Andrée Deschamps, nos Annaes Médico-Psychologicos escreveram sobre psychoses de sensibilisação, allergia mental, em que dão grande valor ao typo da paranoia sensitiva. Ziehen fala num delirio de governantes e Wernicke, num delirio de relações sociaes, em que ha o feitio paranoico.

Assignala-se que a psychose de desejo observa-se nas solteironas, nas pessoas mal casadas e nos adolescentes masturbadores.

Kraetschmer descreve o caracter sensitivo como um caracter paranoico.

Mignard e Montassut descreveram delirios de compensação que nada mais são da que delirios paranoicos.

Segundo Cadet e Laforgue, a paranoia é uma variedade de eschizonoia que, sob o ponto de vista psycho-analytico, é formada por aquelles individuos que se não poderam separar do ambiente materno.

Em relação ao diagnostico differencial, torna-se elle facil, desde que se attente nos elementos basicos da paranoia. Para distinguir do *delirio systematisado allucinatorio chronico* basta meditar em que, si em ambos ha um delirio systematisado, com a conservação da intelligencia, no delirio systematisado allucinatorio chronico tudo se basêa em allucinações, que dominaram o quadro clinico, ao passo que na paranoia a base do raciocinio é uma idéa falsa e não ha, senão excepcionalmente, allucinações.

Nathan na Presse Médicale, de 16 de Dezembro de 1925, synthetisando idéas modernas sobre a paranoia, assignala haver nesta, falta de allucinações e nas psychoses allucinatorias, reacção meningéa ou toxica.

O diagnostico differencial com a eschizophrenia paranoide faz-se, attendendo a que nesta ha perda de affectividade e de iniciativa, abaixamento do nivel intellectual, associação extravagante de idéas, delirio de posse physica, echo do pensamento e presença constante de allucinações, o que se não encontra na paranoia.

Interessantes são as relações entre a *constituição paranoica e a eschizoidica* de Kretschmer e Bleuler.

Em ambos os casos a pessoa gosta de viver concentrada entregue aos seus pensamentos, no seu canto.

No entanto, os eschizoides se contentam com os seus sonhos, vivem a pensar nas cousas agradaveis que são um contraste aos desagrados do meio. O paranoico que tenha um feitio parecido com o eschizoide, tem o que Mignard e Montassut chamam *delirio de compensação,* o que Kretschmer denominou *psychose de desejo* (*Wunsh-psychose*).

Ha preoccupação em dar realidade ás idéas do sonho acordado e assim se constitue um delirio de imaginação,

Em relação a *paraphrenia,* ha nesta o abaixamento do nivel intellectual, presença frequente de numerosas allucinações, idéas pueris e extravagantes, o que se não vê na entidade de que venho descrevendo.

Para *tratar* a paranoia, é preciso que desde cedo se busque modificar o processo educativo que está concorrendo para sua constituição. E' preciso que se procure convencer o doente de que se deve amoldar ao meio, de que não é elle o genio que imagina, de que todos não vivem a se preocupar com elle e que não deve ser tão desconfiado.

E' um trabalho lento de educação, o unico que poderá bem corrigir a paranoia.

E' preciso que o doente não fique inactivo. Occupado num serviço qualquer, distrahe-se com elle e pensa menos nas suppostas aggressões do meio.

A therapeutica medicamentosa pouco vale na paranoia.

No entanto, póde se prescrever a ovolecithina, o extracto de cerebro, testiculo ou ovario, o de hypophyse, o ouro colloidal, pequenas injecções de 914.

A internação em um manicomio é igualmente, muitas vezes, inutil, sinão prejudicial. Na reclusão encontra o doente uma prova de que o guerrêam e cada vez mais se arraigará a idéa falsa, base de tudo. No entanto, mantendo-se o doente longe do asylo, conserva-se solto um elemento perigoso á communidade.

Particularmente no delirio de reivindicação, ha riscos de aggressão. Buscando evitar isto, é preciso dar occupação ao doente e vigial-o, sem que elle o presinta.

Ao mesmo tempo, um processo lento de reeducação irá corrigindo este estado constitucional.

PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVA

Sob a rubrica da psychose maniaco-depressiva se abrangem aquelles casos que outr'ora se chamavam mania e melancolia, e aquelles em que ha elementos de uma e de outra e a que, portanto, cabe bem o rotulo de fórmas mixtas.

E' evidentemente uma pessima designação, pois associa em máu portuguez duas cousas antagonicas. Melhor seria que se acceitasse a designação de psychose periodica, embora com o uso desta se possa dar uma extensão maior ao que constitúe essencialmente a entidade clinica, pois ha muita doença mental, em que o periodo é consuetudinario.

Máu termo embora, o uso o consagrou e, para que se não antolhe a confusão, forçoso é repetil-o.

Em mania e em melancolia já se vem falando desde os primordios da psychiatria. No primeiro esboço desta que é a classificação de Hippocrates que nasceu 460 annos antes da éra christã, já se analysam mania e melancolia. Aquella seria um delirio violento, agudo ou chronico; esta teria como predicados essenciaes o medo e a tristeza. Quando a alteração do cerebro, dizia elle, fosse produzida pela bile haveria agitação, quando pela pituita, depressão.

Aretêo de Capadocia (80 annos depois da éra christã) descreveu a mania e a melancolia, dizendo que esta era um começo de uma especie de semi-mania, admittindo a passagem da melancolia para a mania, e vice-versa.

Era este, póde-se dizer, o inicio da idéa de psychose maniaco-depressiva, em que se admitte que pouco antes da mania haja uma phase de depressão ou tristeza, que á mania se siga um periodo de melancolia e que raridade seja o caso em que um episodico melancolico, por exemplo, se não intrometta num accesso classico de mania.

Os auctores francezes de ha muito se preoccupam com as psychoses periodicas ou intermittentes, termo com que

abrangem a mania intermittente de typo regular e irregular, a melancolia intermittente, de typo regular e irregular, a loucura alterna, a loucura de dupla fórma e a loucura circular.

Na mania intermittente ha um periodo de mania e um de calma, outro periodo de mania e outro de calma, e assim por diante, havendo no typo irregular a intromissão de um periodo de melancolia.

Na melancolia intermittente ha um periodo de melancolia e um de calma, outro de melancolia e outro de calma, e assim por diante, havendo no typo irregular a intromissão de um periodo de mania.

Na loucura alterna ha um periodo de melancolia, outro de lucidez, outro de mania, outro de lucidez, outro de melancolia e assim por diante.

Na loucura de dupla fórma, á mania se segue logo a melancolia e só depois é que vem o intervallo lucido, seguindo-se logo depois a mania e melancolia, e assim por diante.

Na loucura circular não ha intervallo lucido e a mania e a melancolia se succedem ininterruptamente.

Foi Falret Pai quem em 1851 creou a loucura circular, tendo sido Baillarger em 1854 o creador da loucura de dupla fórma.

Ao passo que Morel e Dagonet não davam grande importancia á concepção das psychoses periodicas que consideravam um apanagio das alienações hereditarias, Griesinger na Allemanha meditava no problema e voltava a discutir o mechanismo da transformação da mania em melancolia.

Finalmente, em 1899, na 6.ª edição do seu Tratado de Psychiatria, Kraepelin abrangeu sob a rubrica de psychose maniaco-depressiva a mania, a melancolia e as fórmas mixtas. Justificava elle o seu modo de pensar, dizendo que na mania havia a precedencia de um periodo depressivo ou crises depressivas nella se entremeiavam, que na melancolia havia a intromissão de periodos de agitação e que quer uma, quer outra, só excepcionalmente se apresentavam puras e unicas durante a vida do individuo.

As estatisticas vieram em abono de sua affirmativa. Assim Otto Hinrichsen apurou que em um periodo de vinte annos apenas havia 4,7% de casos de mania que não reincidissem.

Erp Taalman, de Dordrecht, verificou que em 107 casos, em que havia o diagnostico de mania pura, só 4 vezes podia

ser elle conservado. E' de 4% a percentagem de Weygandt e de 1,3% a de Meyser que observou 2.400 doentes.

Thomsem, de Bonn, nega a existencia de mania pura, bem como a da periodica, pois sempre se encontra, o enxerto de uma phase depressiva.

Finzi, Vedrani, Lambranzi, Perazzolo, Claus, entre outros, são do mesmo sentir.

Kraepelin, durante algum tempo, admittiu uma unica excepção para esta regra, no que concerne á melancolia de involução que se apresentava como um accesso unico e puro.

Em 1913, porém, quando assisti ás suas lições na Clinica Psychiatrica de Munich, disse elle em aula que havia errado, que seus contradictores tinham razão e que uma observação mais acurada lhe permittia affirmar que mesmo nestes casos houvéra anteriormente crises de melancolia, ou a precedencia ou intromissão de crises de mania.

Na 8.ª edição do seu Tratado, desenvolve esta opinião, apoiando-a no producto de uma longa observação.

Os casos de psychoses periodicas ou intermittentes dos auctores francezes se englobam na psychose maniaco-depressiva.

Os auctores francezes se não conformaram com as idéas allemãs e Serieux que as propugnou, não teve muitos adeptos.

No entanto, pouco a pouco a idéa se foi introduzindo e Rogues de Fursac e Camus a defenderam com valor. O proprio Gilbert Ballet, pranteado cathedratico de Psychiatria em Paris, um dos grandes adversarios da idéa kraepeliniana, na sessão da Sociedade de Psychiatria de 23 de Outubro de 1913, mostrou-se enthusiasta das fórmas mixtas da psychose periodica.

O talentoso Prof. Afranio Peixoto, em synthese muito bem feita sobre a loucura maniaco-depressiva, publicada nos Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins, em Abril de 1905, mostra-se adepto da concepção germanica.

Kraepelin admitte na psychose maniaco-depressiva tres grandes classes: *estados maniacos, estados depressivos e estados mixtos*.

Nos *estados maniacos* abrange: a *hypomania*, a *hypermania* (Tobsucht), *fórmas delusorias e allucinatorias, fórmas delirantes.*

Nos *estados depressivos* colloca; a *melancolia simples, o estupôr, melancolia gravis, mel. paranoide, mel. phantastica e mel. delirante.*

Nos *estados mixtos* estuda: *a mania depressiva, a depressão agitada, a mania improductiva, o estupôr maniaco, a mania com furor e a mania inhibida.*

Esta classificação que é da 8.ª edição kraepeliniana, é bem meticulosa e comprehende os varios feitios que póde ter a psychose maniaco-depressiva.

Estados maniacos — Sob esta rubrica se englobam os casos, em que predominam os symptomas da mania antiga.

São tres os seus symptomas fundamentaes: *humor alegre, associação rapida de idéas e movimentação exaggerada.*

Para que se possa bem interpretar o aspecto geral do maniaco, póde-se fazer uma comparação um tanto grosseira, mas bem elucidativa. E' a com um individuo que esteja no periodo inicial da embriaguez, particularmente da vinica. Quem bebeu um pouco mais de vinho, por exemplo, fica num optimismo extraordinario, muito alegre, a sentir que as idéas lhe acodem com mais presteza.

Parece que a intelligencia se aguça, rompe-se o véo de timidez que anteriormente dominasse o individuo, e se apresenta elle activo, emprehendedor e ousado.

E' que o alcool actuou sobre o cerebro irritando-o e congestionando-o.

A excitação cerebral provoca a superactividade de funcções.

E' um episodio semelhante ao que se verifica no estado maniaco.

Ha um estado de excitação cerebral, provocado por um maior affluxo de sangue para o lado do cerebro. Este affluxo não deve ser excessivo, porque então haveria a apoplexia cerebral, mas sufficiente para superactivar as funcções psychicas, consequencia da maior irrigação cerebral. A cellula nervosa se sente mais nutrida, activada em suas funcções, e producto disto é uma sensação de bem estar que acarreta alegria. Esta chama tanto mais a attenção quanto mais triste e macambuzio era anteriormente o individuo.

Alegre, prazenteiro, muito affavel, o maniaco entra a se despreoccupar dos diversos contratempos da vida e a encarar tudo no melhor dos mundos. O individuo apprehende as cousas muito rapidamente, mas o faz de modo superficial, pouco ponderado. Não ha tempo para que o juizo critico se exerça sobre o que vai reconhecendo.

Apprehende tudo pela rama, muito superficialmente e entra logo a discorrer sobre cousas de que tem uma noção incompleta, Torna-se loquaz e as palavras se precipitam, sem que muitas vezes as phrases se completem. Encarando a rigor, ha como bem diz o Prof. Afranio Peixoto, antes uma fuga de palavras do que uma fuga de idéas.

Os auctores todos se referem a uma fuga de idéas, mas este phenomeno presuppõe idéas completamente formadas e se succedendo umas ás outras precipitadamente. Para que se forme uma idéa, é preciso que se compare uma imagem com outra e isto exige um certo tempo, um certo vagar, que não ha na mania. O maniaco tem muitas imagens, mas não medita sobre ellas.

Percebe rapidamente, apercebe superficialmente, tem imagens imperfeitas e chega a idéas pouco ponderadas. Desta deficiencia se não convence e fica muito alegre, sentindo-se bem, inteiramente capaz. Torna-se leviano e entra a falar muito a proposito de tudo e de todos. As sensações que se precipitam, accarretam reacções correspondentes. E já não basta falar muito, para dar vasão á excitação cerebral.

E' preciso mover-se, andar e o maniaco não consegue ficar quieto num canto, anda de um lado para outro, saltando, dansando, correndo.

Ha, portanto, no typo classico da mania, humor alegre, associação rapida de idéas que mais rigorosamente se poderia dizer uma associação rapida de imagens, e movimentação exaggerada.

O maniaco tem a attenção muito instavel e si percebe qualquer pessoa que entre no seu quarto, não a analysa e entra logo a olhar para outros pontos.

Pela precipitação com que tudo se opera, não póde haver na mania uma consciencia nitida e clara das cousas.

Pelo mesmo motivo a orientação se perturba um pouco, embora inquestionavelmente muitissimo menos que nos estados confusionaes.

A memoria se não apresenta perturbada e o individuo consegue, ás vezes, rememorar alguns factos que occorreram no seu periodo de mania. E' este o motivo porque é preciso não fazer diante do doente certas considerações inconvenientes, a que mais tarde possa elle fazer referencias.

As excitações periphericas são percebidas summariamente e Paton, realisando experiencias a respeito da sensibilidade, verificou este facto.

Wolfskehl, fazendo experiencias com séries de letras, verificou que a percepção nos maniacos era de ¼ inferior á dos normaes.

Os enganos, porém, effeito da precipitação, são inquestionavelmente muito menores que na eschizophrenia.

Ha, ás vezes, falsificações das recordações e o doente descreve factos occorridos de mistura com imaginarios.

As allucinações são excepcionaes na mania.

A sua ausencia serve mesmo como um grande elemento para o diagnostico differencial.

Ha, porém, muito frequentemente illusões e o maniaco troca um enfermeiro pelo demonio ou por um anjo, e no que se observa em derredor, acredita escutar promessas de recompensa.

O maniaco é um verdadeiro kaleidoscopio do que se passa em torno; regista-o, percebe promptamente, mas não fixa a attenção.

Nelle a affectividade, em geral se acha exaltada. Mostra-se amigo de quantos se lhe approximem, facilmente offerece quanto possue, e logo que não seja contrariado, está disposto a prodigalisar affabilidades.

Isto é um elemento de grande valor diagnostico com a eschizophrenia em que ha sempre compromettimento da affectividade.

As idéas delirantes dos maniacos não têm systematisação, variam á mercê das impressões que vão recebendo, e como se succedem ellas rapidamente umas ás outras, não conseguem descrevel-as detalhadamente, como succede, por exemplo, na eschizophrenia.

Os maniacos descrevem resumos de factos e não estes com todos os seus pormenores.

Si se faz uma pergunta a um maniaco, este frequentemente responde sem demora ao que se lhe argue, mas logo depois passa rapidamente a outro assumpto.

A quem escute um maniaco, parece á primeira vista não haver a menor logica no que vai dizendo.

Meditando-se, porém, vê-se que não ha tanto absurdo como parece. As palavras procuram significar idéas que se não completam, e imagens que se succedem rapidamente umas ás outras.

Quando o individuo procura dizer uma cousa em que pensou, já occorre o pensamento em outra e a exteriorisação pela palavra, embora muito rapida, torna-se mais vagarosa que a successão das imagens.

Em consequencia do grande desvio da attenção comprehende-se bem que nas pesquizas sobre associações de idéas possa ser constatada uma certa demora.

Aschafenburg, Franz e Isserlin em seus ensaios, chegaram a este resultado que, a meu ver, se póde justificar pelo raciocinio que formulei.

Na minha these sobre "Duração dos actos psychicos elementares nos alienados" verifiquei como tempo de duração em maniacos, respectivamente, 0",717; 1",114; 1",075; 0",408; 1",479 e 1",432, sendo a média encontrada nos individuos sãos 0",201.

Vê-se tambem nos actos psychicos elementares a demora que eu interpretava como um effeito do desvio da attenção.

O maniaco fala muito depressa e Isserlin verificou conseguir elle pronunciar 180 a 200 syllabas num minuto, ao passo que uma pessoa sã não conseguirá proferir mais de 150.

Ao mesmo tempo que falla muito depressa, tem a gesticulação muito abundante.

Na escripta, pela precipitação supprime muitas vezes palavras necessarias. Commum é tambem ahi associar palavras em lingua estrangeira.

Para dar vasão ao movimento, escreve elle pelas paredes e em quanto pedaço de papel se lhe apresente.

Raramente escreve em uma mesma linha e em typos do mesmo feitio. Ha uma grande affectação na escripta, como tambem se verifica na palavra. Perturbações psycholalicas e arthrolalicas se encontram, isto é, no conteúdo do que o individuo vai dizendo, e no seu metal de voz.

E' curioso como o maniaco resiste ao cansaço. E' mesmo esta uma das grandes difficuldades que tem o simulador que deve offerecer á fadiga uma resistencia extrema.

Noites e noites passa elle, ás vezes, a falar e andar, mostrando-se de extrema resistencia.

A insomnia é muito frequente.

Fischer, Raggi e Seppili verificaram que a hemoglobina e os globulos vermelhos frequentemente se encontravam em taxa elevada.

Lambranzi notou que nos periodos de grande agitação, a alcalinidade do sangue diminúe.

Todescato constatou que o globulo vermelho offerece resistencia hemolytica minima em relação ao serum de pessoas normaes ou maniaco-depressivas.

Tinel, em trabalho de Fevereiro de 1933, diz ter verificado que estados maniacos ou ansiosos se traduzem por uma polynucleose accentuada, e estados de depressão ou de inercia, por uma leucopenia, mais accentuada em relação aos polynucleares neutrophilos. Na melancolia ansiosa ha eosinophilia.

O doente frequentemente emmagrece. Weygandt chegou a notar uma diminuição de 50%.

O maniaco, em geral, saliva muito e cospe facilmente nas pessoas.

Communs são os disturbios catameniaes e a agitação se torna mais accentuada, quando se approxima a menstruação.

Ha diversas gradações nos estados maniacos e o Prof. Afranio Peixoto apresenta uma classificação da mania em que admitte como fórmas: *mania mitis, mitissima,* de Hoche e Hecker; *hypomania,* de Mendel; *mania classica, média,* de Peixoto; *mania delirante; mania irracunda,* de Weygandt e *mania grave, agitada, confusa, hypermania,* de Peixoto.

Na classificação de Kraepelin, a que já anteriormente me referi, as fórmas são menos detalhadas.

Colloca elle como primeiro gráo a *hypomania,* comprehendendo nesta a mania *mitis, mitissima.* Na *mania mitis* ha apenas uma ligeira excitação cerebral, com os predicados essenciaes da mania, isto é, humor alegre, associação rapida de idéas e movimentação exaggerada. O doente não chega a ter necessidade de ir para um asylo e no meio social apenas se sente uma certa logorrhéa, volubilidade e precipitação.

A *hypomania* é um pouco mais, é uma mania sem delirio, uma loucura raciocinante como dizem os francezes. Frequentemente o doente dá a impressão de ser mais vivo, mais intelligente, mas um exame cuidadoso deixa logo perceber a falta de unidade interna no decurso ideativo, a falta de ponderação, sensivel leviandade.

A alegria exaggerada não desapparece em occasião, em que ella não calha. Trata-se de um assumpto sério e o doente encara-o pela rama e chasquêa a proposito delle.

Quando descreve qualquer cousa, commette frequentemente exaggêros ou diz inverdades. Não é que o faça propositalmente.

E' que realisando muito mal a apercepção, baralha cousas occorridas com outras que se não tenham dado.

A sensação de bem estar transparece na convicção de uma saúde perfeita.

Convicto de uma grande intelligencia, sente-se capaz de grandes emprezas e de nada se arrecêa.

Prazenteiro em demasia, gosta muito de escarnecer os outros.

Dominado por uma actividade extraordinaria, levanta-se de madrugada e entrega-se a mil e um trabalhos que, em geral, são iniciados e não ficam terminados. A falta de ponderação faz com que elle, ás vezes, se affoite a emprezas arriscadas, em que compromette grandes capitaes, sendo interessante que em alguns casos o successo tenha coroado este producto de ousadia.

A excitação, em que se encontra, leva-o facilmente ao abuso do alcool e não raro se addiccionam os effeitos do ethylismo.

No vestuario o doente é exaggerado e se excede nos adornos ou escolhe côres muito vivas.

Perdulario, gasta muito e se não esquiva de tomar grandes compromissos. A' critica de seus actos sabe ainda retorquir com justeza e por meio de sophismas bem escolhidos, busca tornar natural tudo quanto faz.

A excitação sexual é muito frequente e ainda ahi se sente constantemente a falta de ponderação.

Kraepelin cita o caso de um velho, circumspecto chefe de familia, que começou a se embriagar publicamente com uma actriz de circo, com que se amasiára.

Outra fórma de estado maniaco, na classificação kraepeliniana, é *hypermania* (Tobsucht).

E' como bem indica seu nome uma fórma mais grave.

Em geral, o inicio é assignalado por dôr de cabeça, insomnia, máu estar, incapacidade para o trabalho, muitas vezes mesmo uma certa tristeza ou depressão.

Depois vem um estado de grande agitação, sendo quasi impossivel á familia conservar o doente em casa. Grita elle muito, salta, quebra os moveis, rasga-se, pronunciando rapidamente palavras que não têm um certo nexo.

Prestando-se attenção a ellas, vê-se que não são tão absurdas como parecem, e que correspondem a cousas em que o doente pensou, embora superficialmente.

São nestes casos frequentes as illusões e o alienado, sensivel a tudo quanto occorre diante delle, troca o medico e enfermeiros por pessoas imaginarias e vê em vez de portas e cadeiras, phantasmas. Nunca ha um delirio systematisado e apenas idéas que vão e vêm.

Em geral se apresentam muito alegres, mas de quando em vez se entremeia um periodo de colera.

Muitas vezes elles se apresentam como santos ou reis e têm como testemunho disto, as illusões que entendem como verdades.

A's vezes as idéas de grandeza são de tal ordem que lembram o paralytico geral. São fortunas colossaes e poderes sobrehumanos.

As idéas são emittidas em tom declamatorio e theatral e á menor objecção corresponde o doente com um paroxysmo de colera.

As allucinações são rarissimas e quando occorrem em maior quantidade, é que se trata de um syndromo confusional enxertado.

Então se juntou ao estado maniaco uma insufficiencia hepato-renal mais ou menos accentuada. O effeito disto é uma auto-intoxicação que desfigura um pouco o feitio da mania. Esta fórma *allucinatoria* ou *confusional* é, em geral, de diagnostico differencial difficil.

Além das idéas de grandeza surgem tambem, ás vezes, idéas de perseguição e o doente tem illusões e allucinações, em que vê inimigos, phantasmas e demonios.

Quando predominam as delusões, a fórma diz-se *delusoria;* quando, as allucinações, *allucinatoria.*

Ha outra fórma de estado maniaco que é a *delirante*.

Nesta ha turvação da consciencia e numerosas illusões e allucinações.

Ha um delirio muito violento e o doente affirma que tudo está transformado. Anjos lhe apparecem e com elle conversam; os espiritos lhe atiram serpentes, sombras perpassam pelas paredes, Deus lhe declarou que chegou o dia do juizo final. As allucinações e illusões se succedem com uma velocidade extraordinaria e o doente fica atordoado e confuso no meio dellas.

Sente-se vertiginoso. Parece-lhe a cada passo que vai cahir num abysmo.

O humor mostra-se muito instavel, havendo, ás vezes, paroxysmos de colera.

A fórma delirante, embora a mais ruidosa, dura pouco tempo, raramente mais de um mez.

Depende igualmente de uma auto-intoxicação que se sommou á mania.

Estados depressivos — Esta designação é dada na psychose maniaco-depressiva aos casos que outr'ora eram chamados de melancolia.

Os seus symptomas fundamentaes são: *humor triste, associação demorada de idéas e movimentação vagarosa.*

Póde-se ter um exemplo, embora grosseiro, da melancolia, em seu gráo minimo, no estado mental de quem teve uma grande hemorrhagia.

Vê-se que o individuo, muito pallido e deprimido, tem a physionomia muito triste, custa a raciocinar a respeito do que se lhe diz, e difficilmente se move de um lugar para outro.

Ha essencialmente um estado de grande asthenia, acompanhado de profunda tristeza.

Ha um effeito de anemia cerebral e as cellulas nervosas, escassamente nutridas, elaboram vagarosamente o pensamento.

O melancolico vê tudo no peior dos mundos.

Sob um prisma negro encara constantemente tudo quando occorre.

Póde-se-lhe narrar um episodio jocoso, póde succeder um feliz acontecimento e o melancolico, sempre descrente de sua bôa sorte, não entreabrirá os labios num sorriso feliz.

Já o Padre Antonio Vieira dizia muito bem "que a Parca que sempre antes de tempo corta os fios á vida, é a tristeza". E' ainda do mesmo auctor a seguinte descripção da tristeza, devéras interessante:

"Vereis a um destes, quando ainda se conta no numero dos vivos, descorado, pallido, macilento, mirrado, as faces sumidas, os olhos encovados, as sobrancelhas cahidas, a cabeça derribada para a terra, e a estatura toda do corpo encurvada, acanhada, diminuida. E si elle se deixasse vêr dentro da casa ou sepultura, onde vive como encantado, vêl-o-heis fugindo da gente e escondendo-se á luz, fechando as portas aos amigos e as janellas ao sol, com tedio e fastio universal a tudo o que visto, ouvido, ou imaginado póde dar gosto. E estes effeitos tão deshumanos, cujos são e de que procedem? Sem duvida da melancolia venenosa e occulta, que a passos apressados leva o triste á morte: A tristitia festinat mors."

Continúa elle: "Considere-me um cadaver vivo; morto e insensivel para o gosto; vivo e sensitivo para a dôr; ferido e lastimado, chagado e lastimoso; cercado por todas as partes de penas, de molestias, de afflicções e angustias; imaginando todo o mal e não admittindo pensamento de bem; aborrecido de tudo e muito mais de si mesmo; sem allivio, sem consolação, sem remedio, sem esperança de o

ter, nem animo ainda para o desejar; isto é um triste de coração".

Difficilmente se poderia descrever melhor o que seja a melancolia.

Na classificação de Kraepelin ha como primeira fórma de melancolia a *simples*.

Não ha delirio. O raciocinio é inteiramente logico, sómente eivado de um accentuado cunho de tristeza. A's vezes, o doente chora muito, mas frequentemente se queixa elle de que as lagrimas se lhe seccaram e de que nem mais o consôlo do pranto póde ter.

Engolphado na sua tristeza, não presta grande attenção ao que o rodêa e muitas vezes é preciso insistir duas e mais vezes, para que dê uma resposta qualquer. Não é que, como na confusão mental, não comprehenda, mas é que cousa alguma lhe desperta interesse e, conseguintemente, não fixa a attenção.

As idéas se associam muito vagarosamente.

E' muito elevada a duração dos actos psychicos elementares.

Na minha these inaugural, os algarismos obtidos foram respectivamente: 0",589; 0",847; 0",596; 0",133; 0",914; 0",483; 0",500; 0",434; 0",445; 0",453; 0,346; e 0,417.

Sabendo-se que a média nos sãos é de 0",201, vê-se bem a demora que sempre ha.

O individuo custa a perceber, associa lentamente as idéas e reage muito vagarosamente.

A difficuldade que tem em tomar qualquer deliberação, faz com que se mostre desanimado e sem iniciativa.

Custa-lhe muito mexer-se de um lugar para outro.

A's vezes, ha crises de ansiedade e inquietação.

A sensação de peso na cabeça é frequente. O melancolico queixa-se tambem, não raro, de grande fadiga. Frequentemente ha insomnia e falta de appetite.

Si o individuo se sente infeliz, não attribue aos outros a sua infelicidade. Julga-se o culpado de tudo e as idéas de auto-accusação já desde esta fórma se antolham.

A consciencia e a orientação se apresentam normaes. Em muitos casos ha a convicção de se achar muito doente e idéas hypocondriacas se sommam.

O doente se queixa, ás vezes, de uma modificação no seu proprio eu e de se encontrar inteiramente insensivel aos prazeres da vida. Ha, em alguns casos, um grande contraste com a vida anterior do individuo.

Não muito frequentemente occorrem idéas obsessivas e phobias.

A *melancolia com estupôr* é uma modalidade mais grave. O estupôr é definido pelo Prof. Régis, a completa suspensão de toda a manifestação exterior de actividade.

O doente fica completamente immovel, engolphado numa profunda tristeza que se desenha na sua physionomia contrahida e nas lagrimas que de quando em vez lhe deslisam silenciosamente pelas faces.

O pulso torna-se pequeno e vagaroso e as excursões respiratorias são de pequena amplitude.

A temperatura fica, em geral, inferior á normal. Ha a mão melancolica de Ball, em que fica ella cyanosada e muito fria.

A picada com um alfinete póde accentuar a contração physionomica, mas em muitos casos não suscitará qualquer reacção. O doente póde tomar e conservar quaesquer posições que se lhe imprimam.

Em muitos casos olha indifferente para a comida e não a procura. Com o asseio se não preoccupa e a saliva, a lhe escorrer da bocca entre-aberta, vem emporcalhar-lhe a roupa, sem que com isto se preoccupe.

Contém durante algum tempo urina e fézes e não raro quando mais tarde ellas se soltam, as vestes se sujam, sem que isto cause qualquer móssa.

A apparente indifferença coincide frequentemente com a presença de idéas delirantes de fundo deprimente, entretidas por numerosas illusões e, raramente, por algumas allucinações

Ha frequentemente idéas de peccado e de perseguição. Julga-se um grande peccador e acredita inutil qualquer esforço para se libertar do justo castigo que Deus lhe impõe. Fica inerte, entregue á convicção de ser merecida a sua grande desgraça.

Por outro lado, a perseguição que se lhe move, é justificada pelos seus grandes crimes e se sente elle incapaz de qualquer protesto.

Idéas hypocondriacas são igualmente muito frequentes e commummente com ellas coincide a convicção da incurabilidade de seus males.

O facto é que na melancolia com estupôr o doente não dá attenção a tudo quanto o rodeia, por isso que vive com o cerebro completamente trabalhado por idéas tristes que o dominam de modo absoluto e lhe affiguram inutil qualquer tentativa de reação.

Nesta ha uma avalanche de illusões e algumas allucinações, entretendo um thema delirante de fundo pessimista. Vêm almas de outro mundo que os accusam, escutam ameaças de morte e insultos, recebendo a cada passo o testemunho de que são grandes peccadores. O thema religioso domina nas idéas delirantes e diante das censuras feitas por Deus e pelos santos procura o melancolico se penitenciar com orações fervorosas.

Interpreta elle tudo quanto occorre como allusivo ao castigo que merece.

Idéas de perseguição tambem se apresentam, diante das quaes se mostra o doente incapaz de reacção. O receio de que um grande perigo se approxime, se estampa na physionomia que se mostra, além de triste, espantada. Ha uma grande convicção de morte proxima, de que o ameaçam constantemente suas idéas delirantes.

As idéas hypocondriacas são muito frequentes.

Um affirmava que não havia mais sangue no cerebro; outro, que lhe tinham desfigurado o rosto; outro, que havia um enorme cancro na bexiga, e assim por diante.

A *melancolia paranoide* é constituida pela presença de delirio de perseguição e allucinações auditivas, conservando-se presente a consciencia. Ha muitas interpretações delirantes e o doente pensa que tudo quanto se conversa na rua, é allusivo e desfavoravel a elle.

O melancolico paranoide sente-se triste e incapaz de reagir contra o perseguidor e, não raro, pensa no suicidio e chega a executal-o.

A *melancolia phantastica* é caracterisada pela presença de numerosas idéas delirantes de conteúdo extravagante e allucinações, bem como illusões.

Enxergam-se espiritos malignos, cabeças de animaes, leões, homens vestidos de negro por cima do telhado, uma cabeça grisalha com dentes ponteagudos, e assim por diante. Ha a idéa de que passarinhos falem mal delle.

O quadro clinico lembra muito a paraphrenia phantastica, de que se distingue, porém, pela accentuada tristeza e puerilidade um pouco menor, além de que como succede em qualquer episodio da psychose maniaco-depressiva, de quando em vez se intercala uma crise maniaca.

E' muito commum que as illusões ahi tambem tomem um aspecto phantastico e que, olhando para o medico, enxerque nelle uma alma de outro mundo.

Quando as idéas delirantes são numerosas e extravagantes, coexiste muitas vezes uma certa turvação da consciencia.

Muitas vezes ha uma grande agitação e o melancolico grita, geme, pula de um lado para outro, revelando grande medo e ansiedade.

A *melancolia delirante* é caracterisada por uma profunda turvação da consciencia, com allucinações numerosas e pronunciada tristeza.

O individuo não reconhece então o lugar, em que se encontra, e vê Nossa Senhora, o menino Jesus, almas de outro mundo.

Fica espantado do que vê, e se esforça a interpretar o que o circumda.

Acredita que tudo seja effeito de castigo, mas não consegue analysal-o bem.

Os acontecimentos se succedem, baralhando-se constantemente.

Synthetisando-se as fórmas que Kraepelin admitte, vê-se que se póde agrupar tudo em duas modalidades: a *simples* e a *delirante.*

Do mesmo modo se poderá admittir na mania, a *excitação maniaca* e a *mania propriamente dita.*

Estados mixtos — Chamam-se estados mixtos os typos clinicos de psychose maniaco-depressiva, em que ha mistura de elementos da mania com os da melancolia.

Sabendo-se que os elementos caracteristicos da mania são o humor alegre, associação rapida de idéas e movimentação exaggerada, e que os da melancolia são humor triste, associação demorada de idéas e movimentação vagarosa, comprehende-se bem que da combinação entre elles possam resultar seis grupos clinicos que são justamente as fórmas mixtas.

Assim, o *primeiro grupo* se verifica quando no typo classico da mania se substitúe o *humor alegre* pelo *humor triste.* Chama-se *mania com furor* ou *mania colerica.*

O doente fica numa grave excitação, a se mover de um lado para outro, a proferir uma porção de phrases apparentemente sem nexo, numa raiva constante que se traduz pelas aggressões e descomposturas.

O *segundo grupo* é constituido quando ha dous elementos da mania, *humor alegre e movimentação exaggerada,* e um de melancolia, *associação vagarosa de idéas.* Ha a *mania improductiva* ou *pobre de idéas.*

Nella o doente dá muitas vezes a impressão de ser um imbecil, tal o vagar com que se associam as idéas.

O *terceiro grupo* é formado pelos casos, em que ha *movimentação vagarosa*, a par de *humor alegre* e *associação rapida de idéas*.

Chama-se *inhibição motora*. O doente fala numa porção de cousas a um só tempo, ri-se muito, mas não sahe da cama ou fica sempre parado no mesmo lugar.

O *quarto grupo* abrange os casos, em que ha dous elementos da melancolia, *associação demorada de idéas* e *movimentação vagarosa,* e um da mania, *humor alegre.*

Denomina-se *estupôr maniaco*.

O doente vive a rir-se, a dizer graças, sem que, porém, se movimente ou revele perceber facilmente o que se lhe diz.

Dá a impressão de um bôbo.

O *quinto grupo* comprehende os casos, em que ha dous elementos da melancolia, *humor triste e associação vagarosa de idéas,* e um da mania, *movimentação exaggerada.* E' o que se chama *mania depressiva* ou *excitação com depressão*. Os doentes andam de um lado para outro, mas sempre a repisar os mesmos queixumes.

O *sexto grupo* é formado pelos casos, em que ha como elementos da melancolia, o *humor triste* e a *movimentação vagarosa,* e como da mania, a *associação rapida de idéas.*

E' a *depressão com fuga de idéas.* O Dr. Adauto Botelho, competentissimo Assistente da Clinica Psychiatrica do Rio, acha que devem ser criados mais dous grupos de estados mixtos, para aquelles casos em que não haja alegria, nem tristeza e sim colera. Com effeito, todos os auctores collocam como equivalente a tristeza e a colera, o que não é verdadeiro. Assim o Dr. Adauto Botelho propõe uma mania com colera e uma melancolia com colera, devendo no primeiro grupo de estados mixtos dizer-se mania com tristeza e não mania colerica.

Os estados mixtos são relativamente frequentes e em muitos casos representam periodos de transição para os typos predominantes de mania e melancolia.

Em relação á *frequencia,* o Prof. Kraepelin verificou em sua clinica uma percentagem de 10 a 15%.

O Prof. Afranio Peixoto verificou, num periodo de 10 annos (1894 a 1903), em que passaram pela observação no Hospital Nacional de Alienados 6.257 alienados que havia 413 maniacos depressivos ou 6,6%.

Em relação ao *sexo*, verificou elle maioria de homens.

Em relação á idade, a maioria dos casos se encontra dos 20 aos 40 annos.

Em relação á *raça* o mesmo Prof. assignala maioria de brancos.

Em relação á *causa*, o factor hereditario desempenha um grande papel.

São frequentemente descendentes de psychopathas ou de nevropathas que já trazem comsigo um cunho de meiopragia nervosa.

A herança homomorpha se verifica, mas é rara. Aquillo que se constata mais vezes nos progenitores, é, a par da degeneração psychica mais ou menos accentuada, a habitual instabilidade de humor. Nesta que o Prof. Rybakow, de Moscou, estudou em 1914 muito bem, sob a rubrica de cyclophrenia, o individuo vive constantemente oscillando entre a alegria e a tristeza, a agitação e a quietação, a logorrhéa e o mutismo.

Corresponde isto ao que outros psychiatras chamam cyclothymia. Poder-se-hia dizer uma miniatura da psychose maniaco-depressiva. Kraepelin verificou em 80 % de casos da clinica de Heidelberg predisposição hereditaria. Albert Barrett, nos Archives of Neurology and Psychiatry, de Janeiro de 1925, chama a attenção para o factor hereditario que se traduziria na constituição cycloide.

Em excellente trabalho do Prof. Honorio Delgado, do Perú, diz elle que a psychose maniaco-depressiva é a doença endogena por excellencia.

Assignala que a doença é hereditaria.

Lembra que Luxenburger verificou que os descendentes de um maniaco-depressivo e de um são em 32,3 % se tornam maniaco-depressivos. Quando os progenitores são ambos maniaco-depressivos, os filhos têm a mesma psychose em 62,5 %, sendo personalidades anormaes do mesmo typo (cycloides) os 37,5 % restantes. Mais ou menos 10 % de irmãos de maniaco-depressivos têm a doença.

Como causa occasional, porém, é indiscutivel o valor do coefficiente emotivo. Já Griesinger chamava a mania e a melancolia psychoses affectivas.

Quasi sempre houve antes do surto do mal um abalo moral qualquer. Determina este uma perturbação vaso-motora cerebral e, segundo Meynert, si houver congestão, haverá mania, si, anemia, melancolia. Contestam alguns auctores o valor da interpretação de Meynert, dizendo que não ha provas positivas do facto. No entanto, si attentarmos

para a physiologia, veremos que é perfeitamente racional o que elle diz, e as nossas comparações com a excitação alcoolica e com a hemorrhagia abundante demonstram bem a razão de ser desta interpretação.

Demais a mania e a melancolia não matam, por si sós, mas naquelles que têm morrido por outras causas ainda em estado maniaco ou melancolico, as autópses, em geral, têm corroborado as idéas de Meynert.

Quando ha estados mixtos, predomina o estado maniaco ou o melancolico e assim se explica a predominancia da perturbação vaso-motora.

Parchappe dizia que o que provoca mais vezes a psychose maniaco-depressiva, é uma emoção triste ou deprimente e assim se explica que o mal se inicie geralmente por uma phase depressiva.

Griesinger dizia que só excepcionalmente a alegria poderia dar origem á psychose maniaco-depressiva. Como se explicará, portanto, que da phase depressiva inicial o individuo passe, por exemplo, para a phase maniaca?

Por um reflexo vaso-motor. Ha uma irritação do centro vaso-motor que determinou vaso-constricção e ischemia cerebral. No fim de pouco tempo, cansa-se a vaso-constricção, cessa e se segue a vaso-dilatação com a congestão consequente.

Como na essencia intima se trate de um disturbio vaso-motor cerebral, comprehende-se bem que uma perturbação endocrinica possa suscital-a. No entanto, si esta for muito intensa, haverá uma grave auto-intoxicação e, por exemplo, a eschizophrenia. E' preciso que ella seja ligeira e baste apenas para provocar uma irritação que traga o reflexo vaso-motor.

Sem o abalo moral só excepcionalmente surgirá a psychose maniaco-depressiva. Tenha uma pessoa uma suspensão catamenial e nada a contrarie, não ficará louca. Diminúam um pouco as regras e haja um grande aborrecimento: poderá vir a psychose maniaco-depressiva.

Ramon y Cajal explica a vaso-dilatação da mania e a vaso-constricção da melancolia pela acção de cellulas de nevroglia que collocadas ao lado dos vasos, emittem prolongamentos que apertam estes e lhes reduzem o calibre, ou se retrahem consideravelmente, permittindo que o vaso muito se dilate.

Bresler acredita que as cellulas de cylindricio curto inflúam no movimento dos prolongamentos das outras cellulas e assim possam apressal-o ou retardal-o.

Tanzi interpreta a psychose maniaco-depressiva como o effeito de uma sensibilidade especial do cerebro diante de toxinas normaes. Haveria uma auto-intoxicação do organismo e reacção exaggerada. Lewis Bruce, no "Journal of Mental Science", de Abril de 1908, diz que os estados maniacos exprimem uma intoxicação do cerebro, apresentando como provas, as agglutininas particulares do sangue dos doentes, a modificação da flóra intestinal, o augmento de azoto nas urinas e a hyperleucocytóse.

Parhon e Marbe dão grande valor a um disturbio thyreoidêo e invocam uma genesis semelhante á da doença de Basedow.

Lange invoca uma origem gottosa. Stegmann achou diminuição da eliminação de acido urico, durante a phase depressiva.

Pilcz chamou modernamente a attenção para a frequencia, com que a psychose maniaco-depressiva se associa a lesões do proprio cerebro. Assim em sete casos viu elle o mal surgir depois de uma apoplexia cerebral.

Saiz e Taubert têm casos com cicatrizes no craneo.

Pardo, fazendo demorados exames de fézes, acredita que haja sempre disturbios do intercambio por auto-intoxicação, consequente a augmento da flóra bacteriana intestinal. Pensou até caracterisar um cocco-bacillo. Warembourg e Bedrine, em 22 de Agosto de 1936, assignalaram, de accordo com Forestier, que a melancolia póde depender de infecção *coli-bacillar.*

Von Bechterew diz que acredita haver como causa uma auto-intoxicação, comprovando-se pelo augmento do indoxyl na urina de maniaco-depressivos. Acredita elle que a substancia toxica em circulação actúe sobre o systema vaso-motor, concordando com a theoria de Meynert dos disturbios vaso-motores como causa de mania e melancolia. Targowla e Lamache, no Encéphale de Março de 1929, publicaram um trabalho muito bem feito a respeito do syndromo biologico nos estados melancolicos. Verificaram na melancolia *hypoglycemia* (0,60 a 0,70).

A *hyperglycemia alimentar e adrenalinica* se mostrava muito elevada (60 a 80 centigrs.), ao passo que nos eschizophrenicos era fraca (inferior a 15 ctgs.) ou nulla.

Tendo Mestrezat firmado que a *glycorachia normal* fica entre 0,50 e 0,60, vê-se que nos casos estudados ha sempre hyperglycorachia que passa commummente de 0,80 %.

Póde succeder que em simples estados depressivos a glycorachia não seja muito accentuada, mas sempre o é na ansiedade. Ha frequentemente nos melancolicos perturbações no *metabolismo dos hydratos de carbono*, a que se ligam a acetonuria e a diaceturia que melhoram pelo tratamento com a insulina.

Aubel e Mme. Badonnel verificaram hypophosphaturia.

Ha commummente o testemunho de *insufficiencia renal*. Ha sempre *hypercholeristerinemia* que vai de 1 gr., 80 % nos casos ligeiros a 2,5 grs. % e 3 grs. % nos casos graves.

Examinando-se o sangue e pesquizando-se a *formula leucocytaria*, vê-se que esta não apresenta modificação sensivel nos estados depressivos, ao passo que nos ansiosos ha forte mononucleose, de predominancia lymphocytaria, acompanhada, ás vezes, de uma discreta eosinophilia.

Laignel-Lavastine, Rogues da Fursac e Hecquerille estudaram o *P H urinario* nos estados de depressão.

O P H urinario, medido em jejum, que não passa de alguns decimos acima de 6, nos casos normaes, vai a muito mais de 7, nos syndromos ansiosos. Verificaram que a ansiedade é acompanhada por uma ruptura de equilibrio dos factores que condicionam a regularisação acido-basica, ruptura de equilibrio em favor da *alcalóse*.

Nos casos de depressão essencial, o P H urinario se mantém constantemente na zona alcalosica (6,5 a 7,5), com pequenas variações de um dia para outro. Na eschizophrenia o P H passa largamente de um lado e outro os limites da zona alcalosica e oscilla muito.

Nella ha uma anarchia profunda da funcção reguladora da acidez ionica dos humores.

Aubel, Targowla e Mme Badonnel, na Presse Médicale de 28 de Março de 1935, mostraram que ha *insufficiencia hepatica* nos melancolicos, occorrendo, ás vezes, a cholemia familiar.

Muratow invoca uma alteração das capsulas suprarenaes.

Anglade e Jaquin, analysando as relações entre este typo morbido e a epilepsia, chegaram á conclusão de que em ambos a nevroglia offerece um aspecto infantil e appellaram para uma anatomia pathologica da predisposição, feitio morbido degenerativo, em que a relação entre a nevroglia e o tecido nervoso em geral offereceriam as mesmas anormaes relações de peso. Santenoise, num artigo interessante na Presse Médicale, de 25 de Abril de 1923, assigna-

la ter observado na psychose maniaco-depressiva um desequilibrio consideravel do systema neuro-vegetativo.

Em casos de excitação maniaca ou agitação ansiosa ha hyperexcitabilidade muito accentuada no vago. O augmento do tonus parasympathico precederia de muitos dias o apparecimento dos accessos.

Utilisou a pesquiza do reflexo oculo-cardiaco como um excellente meio de investigação do tonus parasympathico, e o reflexo solar como meio optimo para explorar a excitabilidade do sympathico.

O reflexo solar mostrou-se nullo ou invertido nos estados maniacos.

Haveria um reflexo oculo-cardiaco muito accentuado nos paroxysmos maniacos ou ansiosos.

Excepto os epilepticos e basedowianos nunca se vê um reflexo oculo-cardiaco tão accentuado. A experiencia lhe demonstrou que os individuos de reflexo oculo-cardiaco muito nitido apresentam susceptibilidade muito accentuada aos toxicos, sendo possivel que dependendo, talvez, a mania e a melancolia de phenomenos auto-toxicos, esteja o apparecimento dos accessos em relação com a maior susceptibilidade aos toxicos, parallela ao augmento da vagotonia.

Nos periodos intervalares, bem longe dos accessos, ha hypovagotonia.

Pela prova da hemoclasia digestiva constatou durante os accessos ser muito rapida e intensa a leucopenia consecutiva ás refeições.

A' hypervagotonia corresponderiam trocas organicas muito rapidas.

Quando um maniaco-depressivo chega ao fim de um periodo intervallar, começa a haver um augmento do reflexo oculo-cardiaco, a diminuir o reflexo solar, a se tornar positiva a hemoclasia digestiva e a serem accentuadas as reacções á pilocarpina e á eserina.

A *vagotonia* precede o accesso muitas vezes de varios dias. E' um meio de saber que a doença vem. Ao passo que ainda não ha signal clinico algum, já se póde prever a crise pela vagotonia.

Distinguindo-se a mania da melancolia, nota-se que durante o accesso maniaco o *tonus para-sympathico* fica sempre elevado, ao passo que o mesmo não succede durante a crise melancolica.

Ha uma diminuição notavel na intensidade do reflexo oculo-cardiaco em relação ao modo, pelo qual elle se mostra nos paroxysmos ansiosos.

Bem explicam a questão as idéas de J. Camus sobre as relações que ha entre o systema nervoso da vida organica e o systema nervoso da vida de relação e o psychismo.

Em trabalho de Zondek e Bier, na Klinische Wochenschrift, de 14 de Janeiro de 1933, assignalaram elles que em 90 % de maniaco-depressivos, o bromo do sangue se mostra diminuido, sendo que mesmo tres semanas antes da crise já ha esta diminuição.

Parece que ha um comprometimento do centro regulador que se deve achar no hypothalamo ou na hypophyse.

Em *pesquizas anatomo-pathologicas* Thalbitzer achou modificações nos vasos-motores que perturbavam a nutrição do cerebro. Demais, encontrou finura das fibras nervosas.

No que concerne á *evolução* e *prognostico*, póde-se dizer que a psychose maniaco-depressiva é curavel, embora, ás vezes em prazo longo.

Ha casos que duram apenas uma semana, mas ha outros que demoram annos, como um de Kraepelin, que demorou dez annos.

Quando o doente fica bom, não se póde porém affirmar que não tenha uma nova crise, e é necessario fazer uma prophylaxia, em que se associem a belladona e a opotherapia, para que qualquer abalo moral não dê um novo surto do mal.

Divergem os auctores na interpretação do estado mental do individuo no intervallo das crises. Uns dizem que elle fica tão perfeito como qualquer de nós, outros acreditam que persista um certo gráo de desequilibrio, de instabilidade mental.

O conceito do intervallo lucido na loucura, hoje tão bem discutido e contestado, teve ahi a sua melhor caracteristica.

Schüle, Krafft-Ebing, Kraepelin, Weygandt e Afranio Peixoto dizem que no intervallo das crises se verifica diminuição da energia psychica, bem como o augmento da irritabilidade, da emotividade e de actos impulsivos. Gordon, no "American Journal of Insanity", de Abril de 1918, diz que a despeito de apparente lucidez e perfeito raciocinio nos periodos intervallares, ha sempre desvios fundamentaes da mentalidade, irritabilidade morbida e disturbios na força do raciocinio, na vida affectiva e no sentimento de moralidade.

Quanto *ao diagnostico differencial*, o mais difficil é com a eschizophrenia.

A agitação catatonica e o estupôr catatonico se confundem muito com a mania e a melancolia.

No entanto, deve-se prestar bem attenção á vida affectiva.

O demente precoce é um indifferente, não se preoccupa com a visita de parentes e não derrama uma lagrima quando morre um parente proximo.

O maniaco-depressivo é um affectivo e quando se faz allusão a um parente que esteja muito doente, presta attenção e os olhos se embaciam.

No maniaco-depressivo são communs as ilusões e raras as allucinações; na eschizophrenia ha allucinações em grande quantidade. No quadro clinico desta se destacam o negativismo, a suggestibilidade, a estereotypia e os impulsos que se não verificam ou são excepcionaes na psychose maniaco-depressiva.

Nesta não ha abaixamento do nivel intellectual, ao passo que na demencia precoce o intelligencia estaciona e depois decahe, derivando d'ahi a puerilidade das idéas. Nesta ultima o mal se vai desenvolvendo pouco a pouco, ao passo que na outra póde surgir de repente, logo após uma emoção.

Si anteriormente já teve o doente crises semelhantes á que no momento apresenta, muito facil será pender para o diagnostico de psychose maniaco-depressiva.

Pelos estudos do Prof. Dr. Adauto Botelho se constata que a reacção de Abderhalden é positiva na demencia precoce em relação ás glandulas sexuaes, ao cerebro, á thyreoide e ao thymo, sendo tambem algumas vezes em relação ao pancreas e á supra-renal.

Juschtschenko, Plotnikoff e Fauser verificaram que na psychose maniaco-depressiva é ella negativa, sempre em relação ao cerebro e, muitas vezes, em relação ás glandulas sexuaes.

Fauser verificou nesta ultima ser tambem negativa a reacção no que concerne á hypophyse, ao thymo, ao musculo, ao rim, ao figado e ás capsulas supra-renaes.

Parhon e Mlle Marie Parhon, na Sociedade de Neurologia de Paris, em sessão de 2 de Abril de 1914, apresentaram seus estudos sobre a reacção de Abderhalden com o corpo thyreoide nas psychoses affectivas e chegaram á conclusão de que em onze casos havia oito com reacção positiva e tres com reacção fortemente positiva.

Particularmente, a reacção no que concerne a cerebro, é a que tem maior importancia, sempre positiva na eschi-

zophrenia, sempre negativa na psychose maniaco-depressiva. Santenoise chama a attenção para o facto dos dementes precoces terem um reflexo oculo-cardiaco pouco accentuado, contrariamente ao que occorre nos maniaco-depressivos.

Si houver ausencia de reflexo, poder-se-hia logo eliminar a hypothese de mania.

O diagnostico differencial com a *confusão mental* é tambem em alguns casos bem difficil. A presença de allucinações serviria bem, para que se pendesse para a idéa de confusão mental, mas é que, embora rara, ha a fórma confusional da psychose maniaco-depressiva, em que ellas tambem existem.

Na confusão mental ha um processo toxi-infeccioso mais ou menos accentuado que se revela bem na alteração da saúde geral. Demais, ha um feitio particular de delirio, o onirico, em que parece que o individuo está sonhando acordado. Ha desorientação, dysmnesia, desaggregação mental, torpôr intellectual, disturbios da cenesthesia, que associados servem bem para o diagnostico differencial em favor da confusão mental.

Póde succeder que após uma infecção, como a puerperal, por exemplo, occorra a psychose maniaco-depressiva, mas é que neste caso a retenção de toxinas não foi a tal ponto que determinasse uma accentuada toxemia, e sim uma irritação dos centros vaso-motores, provocando anemia cerebral.

Distinguir um *alcoolista* de um maniaco-depressivo é facil. Naquelle ha zoopsia e muitas outras allucinações visuaes que neste faltam, a par do delirio persecutorio bem ruidoso.

Com a *paralysia geral* é, ás vezes, bem difficil o diagnostico.

Refiro-me a casos incipientes, em que ha euphoria, associação rapida de idéas e movimentação exaggerada.

Servem para fazer a differenciação as provas de laboratorio, o signal de Argyll Robertson, o enfraquecimento psychico, os disturbios da memoria e a dysarthria.

Outr'ora collocavam-se muitos maniacos-depressivos como hystericos

Hoje a *hysteria* está muito mais bem estudada e se não póde considerar tal, sinão aquillo que fôr creado pela suggestão e removivel pela influencia exclusiva da persuação.

O diagnostico com a neurasthenia (*psychasthenia* e *nervosismo*) é, ás vezes, delicado.

O aspecto desanimado e lamurioso do neurasthenico póde dar a impressão de um melancolico.

Bénon, em trabalho na "Revue Neurologique", de 15 de Maio de 1911, sobre as Dysthenias periodicas, apoiando idéas de Tastevin, diz que se deve ter como synonymo da melancolia a asthenia e que é a sensação de grande fraqueza psychica que vai acarretar a melancolia.

Por outro lado, na neurasthenia tambem a asthenia domina o quadro clinico e, para differenciar, ha, diz elle, o inicio vagaroso da neurasthenia, o apparecimento do mal após excessos de trabalho e emoções, a cephaléa, a rachialgia e a cura lenta.

Rudolf Allers, de Munich, em excellente trabalho no "Zeistschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie" de 15 de Abril de 1914, fazendo pesquizas a respeito das trocas organicas na psychose maniaco-depressiva, apurou factos que podem servir para o diagnostico differencial.

Ha diminuição de phosphatos nas urinas, augmento do peso especifico destas, diminuição da creatinina, muitas vezes presença de assucar, a par de augmento da viscosidade do sangue.

Demais, convém lembrar que o melancolico não revela interesse em procurar o medico, pois acredita que o seu mal não tenha cura e que seja elle muitas vezes o culpado de tudo, ao passo que o neurasthenico procura varios medicos, na convicção de que o ultimo comprehenda melhor sua doença do que o primeiro.

Tratamento — A therapeutica da psychose maniaco-depressiva depende do feitio clinico predominante, isto é, um estado maniaco ou um estado melancolico. Nos estados mixtos procurar-se-há saber qual a fórma de que ha maioria de symptomas, e si houver, por exemplo, dous elementos de mania e um de melancolia, far-se-ha o tratamento de mania.

Um doente em estado maniaco difficilmente poderá ser conservado em casa. Perdido o poder phrenador cerebral, dominado por uma actividade exaggerada e dispersiva, taes dispauterios commette elle que a familia o não poderá ter.

Para que possa ser elle removido para um Estabelecimento para Psychopathas, uso fazer dar em um pouco de leite morno 15 centigs. de luminal.

O melhor calmante para um doente agitado é o banho morno prolongado.

Em casa da familia será difficil fazel-o a rigor. Na Casa de Saúde tudo é mais facil. O doente deve tomar um banho a 34°, com compressas geladas na cabeça, durando o banho tres horas.

Actualmente, a injecção calmante que é mais utilisada é a de *luminal*. Não faz mal aos rins, baixa a pressão arterial, diminúe o rythmo respiratorio e dá um somno prolongado e tranquillo.

Si relucta elle em entrar na banheira e se torna difficil ahi mantel-o, póde-se fazer uma injecção de bromhydrato de hyoscina, na dóse de um milligramma por cc^3.

Já ha, por indicação minha, empôlas preparadas com esta dosagem, pois dóses menores de nada aproveitam.

Tirado o doente do banho, deve-se collocal-o deitado no leito, havendo sempre a cautela de impedir que ahi ou durante o banho seja elle agarrado violentamente por empregados.

Outra injecção muito preconisada, é a de *somnifenio*. Não faz mal aos rins, nem ao coração, mas acho que deprime muito e acarreta um estado eschizophrenico.

Outra injecção que tambem é muito util nos estados maniacos, é a de sulfato neutro de duboisina, de que se poderá dar de 1 a 2 milligs. nas 24 horas.

A hyosciamina, na dóse de 1 milligr. por cc^3, tambem é util.

As injecções de morphina, pantopon, etc., de que ha tão largo e irreflectido uso, devem ser formalmente condemnadas. Acalmam momentaneamente, mas como congestionam o cerebro, difficultam muito a cura.

Schüller poude demonstrar que uma *compressa fria* applicada sobre o dorso e o abdomen, faz com que se contraiam as arterias e veias da pia mater.

D'ahi a vantagem dos *envoltorios humidos* que se enrolam em torno do doente e que ficam recobertos por um tecido impermeavel. E' o envoltorio humido thermogenico. Roubam calor da pelle, esquentam-se em poucos minutos e deixam o doente muito calmo.

Os *escalda-pés* approveitam muito nos estados maniacos, pois, mesmo os não sinapisados, descongestionam muito a cabeça.

As *duchas quentes*, na temperatura de 32° a 37° e de duração de dous a tres minutos, com applicações ainda mais quentes nas pernas e pés, representam um excellente calmante, mórmente si depois da ducha é o doente enrolado em uma coberta enxuta, friccionado e collocado na cama.

No que diz respeito á temperatura, é interessante consignar que alguns auctores consideram o banho a 34.° como quente e não morno, e outros como Vinay ainda acham que 34° é frio.

Botty, baseando-se nas sensações subjectivas e em certos caractéres objectivos, devidos á acção physiologica prolongada da agua na superficie do corpo, classifica a agua como muito fria de 8° a 12°, fria, de 12° a 16°, fresca, de 16°, a 20°, temperada de 20°, a 26°, morna, de 26° a 32, quente, de 32° a 37°, quentissima de 37° para cima.

Considerada como zona neutra a que vai de 34° a 35°, nella não ha uma modificação sensivel para mais ou para menos, da temperatura do corpo.

No entanto, apezar desta divergencia de opiniões, a temperatura que na pratica mais aproveita para os doentes agitados, é a de 32° a 34°, com compressas geladas na cabeça.

Emminghaüs, chamando a attenção para as vantagens do emprego dos banhos mornos prolongados, diz que si um doente agitado se não acalma com elles, prova é isto de que se não trata de mania.

Os banhos mornos, com productos medicamentosos nelle dissolvidos como vi em Karlsbad, têm uma dupla acção calmante, mas sahem muito dispendiosos.

Os Drs. Ramon Silva e Hector Pinêro, da Argentina, aconselham a *lacto-therapia* nos estados de agitação. Fazem injecções de leite fresco, 10 a 30 cc³, aproveitando o choque, espaçando, mais ou menos, as injecções, conforme fôr este.

Feuillade e Edel, em 20 de Junho de 1934, disseram que nos estados de agitação muito approveita o emprego do oleo sulforado. São injecções intra-musculares de enxofre a 1 %, em dóses crescentes de 1 a 10 cc³., duas vezes por semana. Em 7 casos de agitação maniaca, obtiveram 4 curas completas.

Actúam por elevação thermica e pela leucocytose polynuclear importante que provocam.

Dos calmantes por via gastrica, nenhum é superior ao chloral. Verdade é que em injecções tambem póde ser este empregado; por muito dolorosas, porém, não convêm.

Como deprime elle o coração, associo nos casos em que não ha qualquer vicio organico neste, um pouco de esparteina e formulo:

Chloral hydratado .... 12 grs.
Sulfato de esparteina .... 20 ctgrs.
Extracto de belladona .... 8 ctgrs.
Xarope de cc. de laranjas .... 240 grs.

Tome 4 colheres de sopa cada dia.

O brometo tambem póde ser vantajosamente empregado. Uso associal-o á hydrastinina que constringe os vasos cerebraes.

Assim formulo:

Brometo de sodio .... 25 grs.
Chlorhydrato de hydrastinina .... 20 ctgrs.
Xarope de Leptolobium elegans .... 300 grs.

Tome 4 colheres de sopa por dia.

Receito tambem, com proveito, umas pilulas que consistem em:

Luminal ....} aã 5 centigrs.
Extracto de meimendro ....}
Pó de belladona ....}
Sulfato de esparteina ....} aã 1 centigr.
Extracto de Veratrum viride ......}

F. S. A. uma pilula Me. n.º 40. Tome 4 cada dia.

Si houver qualquer disturbio catamenial, será util fazer a applicação de injecções com extracto de ovario.

A ergotina terá vantajosa applicação nos estados maniacos demorados.

O *dial* é receitado tambem com vantagens.

O distincto especialista Dr. Plinio Olinto preconisa injecções de *Casemiroa edulis.*

O *gynergenio,* que é o tartarato de ergotamina e que é um dos mais efficazes inhibidores do sympathico, tem sido por mim prescripto, com excellentes resultados, excepto quando haja falta de regras ou se esteja nas proximidades do periodo catamenial.

Ha casos de grande agitação, em que ha acidóse de jejum, em que o individuo passou muitos dias sem comer, caso em que embora seja mais commum o feitio confusional, póde haver estado maniaco e a cura se dá por meio da *insulina e bi-carbonato de sodio* em dóse forte.

Nos casos em que ha um fundo syphilitico, muito approveitam o *mercurio e o bismutho*. O arsenico, por ser congestivo, não é tão util.

A cura depende muito de que se conheça a causa da doença e se possa removel-a. Si houver um complexo sexual recalcado, a *psycho-analyse* permittirá descobril-o e talvez removel-o.

Si houver uma *infecção focal* de origem dentaria, a ablação do dente poderá acarretar a cura.

Montassut e Ilniski, em trabalho de Dezembro de 1930, preconisaram injecções de *chloreto de calcio*, na dóse de 3 grs. diarias. Bertagna, em Dezembro de 1935, tendo verificado uma reacção chimica no sentido da acidóse nos estados maniacos e tendo constatado que as modificações do humor são influenciadas por um estado acido, receita *citrato de potassio* e de *sodio* na cura da doença.

O tratamento do melancolico motivou um trabalho que publiquei em Julho de 1929, nos Archivos Brasileiros de Medicina. Nelle mostrei que o *cacodylato de sodio*, em dóses fortes, e a *damiana* eram os remedios que eu preferia na cura da melancolia.

O extracto fluido de *damiana* que póde ser dado na dóse de 2 a 4 grs. diarias, é um remedio optimo para tratar a tristeza.

Além deste, preconiso tambem muito os *extractos fluidos de coca e cereja da Virginia*, respectivamente nas dóses maximas de 6 e 4 grs. diarias.

Os livros, em geral, consideram o *opio* como o melhor dos remedios para a melancolia.

Acho, porém que o opio é máu remedio pois acarreta insufficiencia hepatica e renal, além de acarretar dôr de cabeça, torpor, somnolencia, peso na cabeça, sempre desagradaveis ao melancolico.

Hartmann e Weissmann, em 11 de Dezembro de 1931, na Medizinische Klinik, aconselham a *decholina*, pelo facto de haver no caso, ferquentemente, máu figado.

O phosphato de sodio, na dóse de 1 gram. diaria, é muito util.

Targowla e Mme. Badonnel, em 28 de Março de 1925, publicaram na Presse Médicale, um artigo sobre insufficiencia hepatica e acidóse nos estados melancolicos. Por este estudo se justifica o emprego que faço frequentemente das injecções de *sôro hormo-hepatico* e *insulina*, sendo que utiliso esta em injecções de 10 unidades antes de cada refeição.

O *bi-carbonato de sodio*, em dóses fortes, é tambem aconselhavel.

Quando coexiste hypotensão, receito, com muito bom resultado, a ilogenina que é uma associação de insulina ao extracto de supra-renal.

O notavel Prof. E. Mira, em artigo de Novembro de 1933, preconisa o methodo de Höber Haussmann e Neucki, de tratar a melancolia pela *hematoporfirina*. Verificaram elles que este e outros pigmentos hematicos pódem actuar sobre os centros do systema nervoso vegetativo, atravez de um processo de sensibilisação dermica que permitte ao organismo accumular energias photodynamicas. Tal acção determina um augmento da cenesthesia e, particularmente, da denominada sensação vital.

A *porfidyna* é um preparado allemão de hematoporfirina que se póde dar em gottas ou em injecções.

Jean Vinchou e Pierre Bourgeois empregaram por via buccal, na dóse de 0,05 % em injecções de 10 cc³ e 2 cc³ a 0,2 %.

Curioso é que este tratamento póde servir como meio para distinguir da psychasthenia, pois nesta nunca aproveita.

Hühnerfeld, na Semana Medica Argentina, de 21 de Dezembro de 1933, assignala ter colhido muito bons resultados com injecções de 1 cc³ e 2 cc³ de photodyna.

Kehler é pregoeiro destas injecções, alternando-as com injecções intra-venosas de decholin, de 10 cc³ a 20 %, além de *extracto de testiculo* ou de *ovario*.

Photodyna póde ser dada em gottas, na dóse de 10 gottas, tres vezes por dia.

Neurophylina é uma mistura de opio com laxantes, preconisada na cura da melancolia.

W. Klimke aconselha a *prostigmina*, que é um preparado succedaneo da *physiostigmina*.

Jacobi, em 1926, aconselha injecções de eucodal que têm, a meu vêr, o defeito de ser um preparado de opio.

Desruelles e Chiarli, em Junho de 1931, aconselharam a auto-hemotherapia, principalmente quando ha disturbios da cenesthesia. As dóses eram de 5 a 10 cc³.

Em artigo que escrevi em Julho de 1929, nos Archivos Brasileiros de Medicina, a proposito do tratamento da melancolia, preconisei injecções de 50 cc³ de *sôro isotonico*, duchas progressivas, massagens e raios ultra-violetas.

No Instituto de Psychopathologia receito frequentemente para os melancolicos uma formula minha:

Extracto fluido de cereja da Virginia .... }
Dito de coca .... } aã 20 grs.
Dito de damiana .... }

Tome quarenta gottas de cada vez, tres vezes por dia.

Si houver ansiedade, póde-se dar uma formula minha:

Luminal .... }
Extracto de Crategus .... } ãã 5 centigrs.
Dito de Passiflora .... }

F. S. A. uma pilula Mde. n.º 30. Tome tres cada dia.

Em 24 de Novembro de 1934, Vermeylen e Heerme preconisaram o *dinitrophenol*.

Para os casos em que haja agitação, criei uma formula de que se faz actualmente largo uso no Hospital Nacional de Alienados.

E' ella a seguinte:

Agua de louro cerejo	1 cc³.
Chlorhydrato de morphina	1 ctgr.
Bromhydratado de hyoscina	1 millgr.
Sulfato de esparteina	5 centigrs.

Em uma empôla esterilizada no autoclave. Me. n. 12.

Para fazer uma injecção por dia. Claro está que esta formula só poderá ser empregada em doente que não tenha soffrimento algum dos rins e coração.

A reclusão em hospital adequado ahi tambem se impõe, mórmente quando ha necessidade de uma fiscalisação muito rigorosa por causa de idéas de suicidio.

Por via gastrica emprego com bom resultado:

Xarope de pantopon .... }
Dito de ether .... } ãã 150 grs.

Tome duas colheres de sopa cada dia.

Ou:

Phosphato de codeina	2 ctgrs.
Extracto de meimendro	3 ctgrs.

F. S. a. 1 pilula Me. 18.

Tome uma de 5 em 5 horas.

A tintura de opio póde ser dada na dóse de 20 gottas, de 4 em 4 horas.

Emprego tambem preparados que têm como base, saes de ferro.

No periodos intervallares quer da mania quer da melancolia, quer dos estados mixtos, receito:

Extracto de belladona	20 ctgrs.
Extracto fluido de meimendro	1 gr.
Iodeto de potassio	5 grs.
Extracto fluido de herva doce	19 grs.

Tome 20 gottas em agua, nas refeições.

Por este meio se procura obstar os disturbios vaso-motores que condicionem o mal.

Logre e Santenoise aconselham como tratamento preventivo dos accessos maniacos ou melancolicos o uso, no primeiro caso, de 20 a 30 centigrs. de luminal por dia, logo que haja qualquer signal de ameaça do mal.

Para impedir um estado melancolico preconisam o uso diario de vinte gottas de tintura de belladona e trinta gottas de solução millesimal de adrenalina.

Naudascher diz que a adrenalina parece capaz de melhorar os accessos de depressão com ansiedade.

Demais, como desempenhem as emoções um papel importantissimo, será necessario que o individuo por todos os meios busque a ellas furtar-se.

Os recursos sociaes modernos que visam a prophylaxia da loucura, terão no caso, talvez, a sua mais vantajosa applicação.

PSYCHOSE DE INVOLUÇÃO

Representa este capitulo, no dizer do proprio Kraepelin, um dos mais obscuros de toda a psychiatria. Abrange uma série de modalidades clinicas que surgem dos 45 aos 60 annos e que têm como feitio predominante um estado melancolico, em que ha perturbações multiplas da cenesthesia e idéas de miseria.

Surge por um verdadeiro processo de usura cerebral, quando a involução cerebral se vai dando e a velhice se approxima.

Nas mulheres a menopausa marca o inicio do mal; nos homens ha o que Maurice Fleury chama "le retour d'age", em que ha, até certo ponto, uma correspondencia da menopausa.

Curioso é que se queira invocar para o homem um periodo de transição que corresponda ao que caracteriza a menopausa na mulher.

No entanto, convém referir que neste sentido opina tambem MENDEL que é auctor de monta e que escreveu sob o titulo "Die Wechseljare des Mannes (Climacterium virile)" um excellente artigo no *Neurologischer Centralblatt*, de 16 de Outubro de 1910.

Diz elle que, observando 30 doentes, constatou que o facto surge, em geral, dos 50 aos 54 annos, queixando-se o individuo de ansiedade, fraqueza physica, emotividade exaggerada, crises de suor, tachycardia, vertigens, dôres de cabeça, paresthesias, somnolencia durante o dia, falta de appetite sexual e anorexia. Assignala elle que estes factos se apresentam sem a concomitancia da arterio-esclerose, de sorte que, accrescenta, se poderia dizer uma verdadeira arterio-esclerose cerebral, sem arterio-esclerose. Derivaria o facto de disturbios da funcção testicular. Maranõn escreveu em 1919 um optimo trabalho a respeito da idade critica. Opina elle que representa ella um periodo vital

importante num e noutro sexo. O declinio genital representa o ponto culminante, mas todas as actividades organicas tomam parte numa grande transformação que se processa.

O ovario ou testiculo, a thyreoide, a supra-renal e a hypophyse são as glandulas compromettidas e responsaveis pela symptomatologia.

Nesta tambem inflúe os coefficientes de predisposição degenerativa, de infecção e emoção.

Admitte elle fórmas especiaes na menopausa pathologica.

J. Halbau, no Münchener Mediz. Wochenchrift, de 26 de Janeiro de 1923, assignala ser um phenomeno biologico notavel a cessação da funcção ovarina aos 50 annos mais ou menos, facto de que só ha igual no thymo que para na puberdade, sendo que os outros orgãos continuam a funccionar na velhice, embora com actividade diminuida.

O homem póde conservar até idade adiantada a *potencia generandi.*

Poderia parecer, segundo Halbau, que a natureza quizesse impedir que ovos envelhecidos pudessem gerar productos enfraquecidos, mas pondera elle que contra isto milita o facto de que as mulheres mais velhas dão, em regra, productos de fecundação mais fortes e desenvolvidos. Nas rãs e nos peixes o mesmo se nota.

As femeas de varios mammiferos não têm climaterio e são capazes de ter filhos mesmo em idade adeantada.

Levi-Bianchini, no Archivio Generale de Psichiatria e Psicoanalisi, de Setembro de 1927, tratou detidamente do climaterio do homem.

Era o caso do celebre demonio do meio dia que aproveitava o momento opportuno para incutir idéas lubricas em monges que viveram a macerar as carnes e a affastar do pensamento idéas sexuaes.

Neste periodo de transição os homens gostam de falar em assumptos de erotismo e são de uma complacencia extrema em relação aos delictos amorosos.

Adler diz que os individuos perdem então o real sentimento de sua personalidade, o governo e o contrôle de sua propria conducta sexual.

Conjuges affectuosos tornam-se um para o outro, tyranos insupportaveis.

Individuos serenos e equilibrados tornam-se neuroticos, hypocondriacos e desequilibrados como succedeu com Schopenhauer.

Maranõn diz ser a idade da emotividade em sentido exquisito. E' a idade perigosa, é a idade critica.

O Professor Enrico Morselli, no Quaderni de Psichiatria, de Novembro de 1928, versou o assumpto. Baseando-se em trabalhos do Prof. Isola, seu assistente, disse que ha cenestopathias do climaterio, determinadas por disturbios endocrinos e perturbações do systema nervoso vegetativo, particularmente do sympathico. O homem no climaterio, bem como a mulher na menopausa, é mais predisposto á tristeza do que á alegria e não raro surgem idéas de suicidio.

Obsessões e phobias apparecem com frequencia.

Clauston que estudou bem o climaterio masculino, diz ser a idade mais commum, dos 55 aos 65 annos.

Marcuse assignala um estado de excitabilidade que lembra muito uma segunda puberdade.

Na Allemanha, em 1914, em 300 delictos contra a familia, 115 foram commettidos por homens de 40 a 50 annos.

Herting e Viernstein encontraram 109 deliquentes por incesto em pleno climaterio masculino.

Lévy-Valensi, analysando em Março de 1928, o *estado mental na menopausa,* diz que esta é uma das causas mais importantes de loucura na mulher e que a menopausa cirurgica é ainda mais grave do que a physiologica.

Bleuler separa da involução verdadeira o climaterio, sendo este um periodo de transição, equivalente ao que se vê na puberdade.

Pradas e Zuch, em Janeiro de 1934, chamaram a attenção para um terreno degenerativo predisponente. Nos disturbios psychicos predominam tristeza e ansiedade.

Marañon diz que a menopausa é a idade critica da mulher e a puberdade, a idade critica do homem.

No que concerne á menopausa, sabe-se que ha retenção de productos toxicos que vão actuar sobre os centros vaso-motores, determinando uma ischemia cerebral, accrescida de uma toxemia mais ou menos notavel. Sempre neste periodo o systema nervoso se resente em maior ou menor escala e pessoas, habitualmente calmas, se mostram de uma irritabilidade exaggerada, muito excitadas, questionando com todo mundo, tendo vertigens, affluxos de calor para o rosto, peso na cabeça, cephaléa, grande excitação do sentido genital e, frequentemente, notavel depressão melancolica.

Com estas manifestações nervosas coincidem habitualmente hypertensão arterial, dermatoses, tachycardia, gastralgias, menorrhagias e dôres rheumaticas.

A semiologia mental da menopausa tem como caracteristica mais importante a *ansiedade,* acompanhada de *interpretações pessimistas.* Ha sempre *irritabilidade e susceptibilidade.* Occorrem tambem com frequencia *instabilidade de humor e inquietação.*

As vezes, ha crises de *confusão mental.*

Ferranini disse muito bem que não ha um parallelismo perfeito entre velhice e menopausa. Esta póde apparecer em pessôa relativamente moça.

Calculo interessante é o que marca 30 annos depois da primeira menstruação como epocha natural da menopausa, Pende e Maranõn mostraram que a idade critica não corresponde só ao declinio da vida sexual, é antes uma crise de todo o organismo e de todas as funcções. As glandulas, então mais compromettidas, são a hypophyse e thyreoide, activadoras do intercambio cellular fundamental, agindo a hypophyse mais sobre o consumo das gorduras e a thyreoide sobre o aproveitamento das albuminas.

Em Abril de 1934, o Prof. Maranõn escreveu um interessante trabalho a respeito do *hyperthyreoidismo climaterico.* Mostrou a influencia que nelle têm abalos emotivos, a pouca frequencia do bocio e exophtalmia; a falta de relação entre a intensidade do quadro clinico e a elevação do metabolismo basal; a apparencia de graves disturbios circulatorios.

Kehrer, de Munster, considera o climaterio uma mudança de estado produzida por um exgottamento das glandulas geradoras, havendo uma regressão parcial das glandulas sexuaes. Na involução, propriamente dita, haveria uma regressão total do organismo e, muito especialmente, do systema nervoso central e até da propria cortiça cerebral.

Maranõn e Hauser dizem que o hormonio folliculina tem uma acção mobilisadora e eliminadora do acido urico e quando ella falta, haveria arthropathias e nevralgias devidas ao acido urico.

Em alguns casos tudo se limita a alguns symptomas rheumaticos e, passado o periodo de transição, tudo volta ao normal.

Em outros, porém, ha accidentes mais sérios e se installa a psychose de involução, tambem denominada presenil, em cujo diagnostico é preciso sempre haver cuidado

de evitar a confusão com a arterio-esclerose cerebral, a demencia senil e a syphilis cerebral, que têm lugar á parte.

Si muitas vezes a duvida se antolha com estas entidades clinicas, póde-se bem calcular a difficuldade que existe no seu exacto diagnostico, quando se attentar a que Kraepelin, na sua ultima edição, admitte nada menos de oito fórmas da psychose de involução.

São ellas: a *melancolia de involução, os estados ansiosos,* a *catatonia tardia,* os *estados depressivos,* os *estados ansiosos terminado em apoucamento* (*Verblöcdung*)os *estados depressivos com accentuado apoucamento, os estados de excitação com apoucamento e fórmas paranoides,* entre as quaes o *delirio de ruina pre-senil.*

A *melancolia de involução* era a principio collocada por Kraepelin como inteiramente independente da psychose maniaco-depressiva, sendo até o unico caso, em que a melancolia se apresentava inteiramente pura.

Mais tarde, e em 1913 quando lhe assistia em Munich as lições, ouvi a sua declaração de haver errado, pensou elle de modo diverso e na sua 8.ª edição diz que o melancolico de involução é um maniaco-depressivo que já tivera crises melancolicas anteriormente, embora talvez pouco nitidas.

Ficava elle de accôrdo com Thalbitzer e Dreyfus que lhe impugnaram o primitivo ponto de vista.

O facto é que embora já tivesse tido outras crises, a actual foi provocada pela menopausa e revestiu um caracter francamente melancolico. Digno de nota é que este é o feitio predominante no periodo de involução, sendo que Hübner assignala que em seus doentes de mais de 50 annos observou 21 vezes a melancolia e só 2 vezes a mania.

Isto é natural, de accordo com a interpretação que defendi, de que ha anemia cerebral, e, portanto, melancolia.

Começa o mal pouco a pouco. Uma onda de tristeza vai dominando o individuo. Os factos se lhe vão apresentando sob um prisma muito negro. Chora por qualquer nonada. Ha uma sensação de desanimo diante de qualquer emprehendimento.

Surgem idéas de auto-accusação e se julga elle o culpado de se achar a familia na miseria, segundo a convicção que disto tem elle.

Muito commum é a idéa de haver peccado e merecer por isto o castigo de Deus.

Os factores de que o doente se accusa, são muitas vezes os mais pueris, como o de um que se desesperava por

haver tocado na vagina de uma vacca. Ha uma convicção de inferioridade mental. A memoria se mostra enfraquecida. A attenção é menos firme.

Ha uma sensação constante de mal estar que accentúa o desespero. Não se sente bem em lugar algum e vive constantemente inquieto.

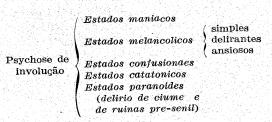
Parece-lhe que o mundo está transformado e que já não é elle ilhado com o mesma attenção pelos demais. Sente-se digno de escarneo e desprezo.

De crimes que não praticou, julga-se o responsavel. Ha illusões e qualquer cousa que nada tem a ver com elle, é uma prova de ser digno de desprezo. Certo está de que o vão matar, e se mostra desanimado.

Idéas hypocondriacas o perseguem e das peiores doenças se sente portador e transmissor. Allucinações visuaes e auditivas podem existir, embora muito menos frequentes que as illusões. Idéas de suicidio, muitas vezes levadas a termo, existem. A consciencia e a orientação se apresentam normaes.

O estado melancolico póde variar muito na sua intensidade e se observam casos em que ha simples depressão, com desanimo e pessimismo, e varios outros mais intensos, até o que ha um delirio ruidoso, com illusões e allucinações.

A este quadro clinico da melancolia de involução se póde associar a ansiedade, constituindo os *estados ansiosos* da classificação kraepiliniana.

Penso que se póde facilitar o estudo da psychose de involução, adoptando a seguinte classificação, idéada por mim:

Vê-se ahi que nos estados melancolicos ha a fórma *simples*, a *delirante* e a *ansiosa*. Qualquer das fórmas depressivas da classificação allemã nestas chaves se póde conter.

Quando ha a ansiedade, é isto testemunho de que ha uma fraqueza irritavel do systema nervoso, coincidindo

muitas vezes no caso vertente com phenomenos de insufficiencia renal, ás vezes mesmo de sub-uremia.

Entrára, por exemplo, uma doente na menopausa. Começára a ficar triste, chorosa, com vertigens, fogachos para o lado do rosto, cephaléas, palpitações, surgindo tambem idéas de auto-accusação. Pouco a pouco entra a se desenvolver um mal estar enorme e parece-lhe que o ar falta, que lhe constringem o thorax, que a cabeça fica ôca, dormente, muito quente.

Curioso é que esta ansiedade se accentúa ás vezes, quando a doente se sente examinada ou quando a familia a visita.

A physionomia clinica lembra muito o nervosismo, modalidade de neurasthenia, em que ha disturbios multiplos da cenesthesia.

A differenciação se fará, porque o neurasthenico vive a esperar que algum medico o cure, ao passo que o ansioso da psychose de involução nisto não crê e já ha phenomenos que attestam a insufficiencia de irrigação cerebral.

A ansiedade póde ser muito grande e a ella seguir-se pouco depois a morte.

São casos que bem se podem interpretar como demonstrativos de uremia. O mal surge então de repente, com enorme violencia. Numerosas allucinações, mórmente da vista e do ouvido, todas de caracter terrorista, se desenvolvem. Idéas de suicidio se constatam como effeito do desespero, em que se debate o doente. Muito inquieto, passando noites sem dormir, dominado por idéas de peccado e de perseguição, a agitação, crescendo cada vez mais, vai acarretar phenomenos graves de insufficiencia cardiaca e a morte.

Póde haver um aspecto inteiramente semelhante ao do delirio agudo e surgirá então a duvida de haver uma fórma grave de confusão mental, de causa uremica, numa pessôa no periodo de involução.

Em qualquer caso é preciso prestar attenção a vêr si esta é a causa do que vai occorrendo ou si ha uma coincidencia de época ou uma acção auxiliar poderosa.

Nissl, Alzheimer, Zeiveis realisaram nestes casos pesquizas anatomo-pathologicas e constataram alterações das cellulas corticaes, degeneração da nevroglia, phenomenos todos muito parecidos com os que se encontram no delirio agudo. Justifica isto o estado confusional que no caso occorre, e se póde bem interpretar como uma toxemia consequente á menopausa.

Si o estado confusional predomina, caberá o caso no grupo confusional da minha classificação, si a melancolia, no melancolico.

Cabem igualmente no meu grupo de *estados melancolicos* da psychose de involução os quadros da classificação allemã denominados: *estados depressivos, estados ansiosos terminando em apoucamento, estados depressivos com accentuado apoucamento.*

Nos estados depressivos ha notavel tristeza, com ou sem delirio accentuado.

Nos estados ansiosos terminando em apoucamento, ha uma grande ansiedade, numerosas idéas delirantes, illusões e allucinações, seguindo-se um enfraquecimento mental mais ou menos sensivel. E' commummente um verdadeiro caso de enfraquecimento mental adquirido.

O mesmo succede nos estados depressivos com accentuado apoucamento, em que falha a ansiedade e é menos ruidoso o delirio.

No grupo dos *estados melancolicos* é que tambem cabem os doentes do periodo de involução que apresentam o *syndromo* de Cotard.

Consiste elle na coexistencia de: idéas de negação, idéas de immortalidade, a que se ligam idéas de condemnação ou de posse, idéas de enormidade, ansiedade melancolica, tendencia ao suicidio e analgesia.

O doente, triste e desesperado, acredita que tenha sido condemnado a soffrer seculos a fio, sem coração, sem pulmões e sem intestino ou com tudo isto apodrecido, sendo elle uma sombra do que era ou um corpo morto que se arrasta pelo mundo.

Alguns pensam que se deformaram e cresceram tanto que entopem o mundo. São frequentes as tentativas de suicidio.

Ha frequentemente um embotamento da sensibilidade, e a transfixão de um alfinete, ás vezes, não acarreta dôr.

Ha modernamente o grupo da *melancolia rigida involuntaria* de Medow, em que predomina a catatonia, Gapp considera um grupo de *agitações depressivas*, em que ha formações delirantes e terminação em demencia.

Os *estados maniacos* da psychose de involução lembram muito as fórmas correspondentes da psychose maniaco-depressiva. Podem ser apenas a reproducção de uma crise anterior desta ou ser a manifestação inicial, surgindo no climaterio.

Esta forma é relativamente rara, pois quasi sempre ha ischemia cerebral e melancolia. O doente fica muito agitado, a falar muito, a ter idéas de grandeza que evocam as da paralysia geral. No entanto, não ha sensivel compromettimento da memoria e persiste a capacidade de fixação.

A movimentação se torna exaggerada e os doentes saltam e dansam.

Ha uma certa estereotypia de movimentos que lembra a agitação catatonica. Curioso é que, ao contrario dos outros, é este quadro mais frequente nos homens. Póde succeder que depois de algum tempo de estado maniaco venha a cura, no entanto sempre com enfraquecimento mental.

Os estados de agitação com apoucamento, de Kraepelin, cabem neste grupo.

Os *estados confusionaes* comprehendem os casos em que, a par da involução, existem desorientação no tempo e no espaço, dysmnesia, obnubilação intellectual e delirio onirico.

A fórma confusional póde ser mais ou menos accentuada e em alguns casos se reduz ella a uma ligeira turvação de ideas. Esta turvação póde ser transitoria e ha casos em que de vez em quando o doente se mostra um tanto confuso, voltando depois a um estado normal.

O alheiamento do meio em que, ás vezes, elles se encontram, dá uma impressão de um grande apatetamento que não existe.

Sendo a confusão mental sempre a resultante de uma toxi-infecção, deriva d'ahi que, a par da insufficiencia endocrinica ovariana ou testicular, se deve prescrutar sempre a fórma por que funccionam o figado e os rins. Os estados confusionaes são relativamente frequentes na psychose de involução e muito importa no caso averiguar si ha ou não phenomenos de sub-uremia.

A gravidade delles, em consequencia disto, é natural e Kraepelin refere-se a casos de grande excitação, com ansiedade, a que se segue, em curto prazo, a morte, nos quaes domina a obnubilação da consciencia. No entanto, o notavel professor allemão não estabelece em sua classificação uma fórma exclusivamente confusional e lhe não dá a significação e valor que indiscutivelmente tem.

Van der Scheer diz que não ha uma verdadeira confusão mental e sim, por parte dos doentes, uma asthenia psychica, com difficuldade em comprehender as cousas. As excitações acusticas e visuaes se tornariam mais vivas.

Caracteristicas seriam as reacções e tendencias a fazer o contrario do que se lhes pede.

Os *estados catatonicos* representam outra modalidade da psychose de involução. Correspondem á catatonia tardia de Kraepelin. Lembram muito a eschizophrenia. No entanto, distingue-se bem, porque antes o individuo nada apresentára de eschizophrenia e desta o phenomeno que se ostenta, é a catatonia. Surge o processo involutivo e o individuo, de repente, fica inteiriçado, toma attitudes extravagantes, apresentando muitas vezes allucinações e crises transitorias de pertubação da palavra.

Testemunha o estado catatonico, a meu vêr, uma profunda impregnação toxica do systema nervoso.

Os *estados paranoides* comprehendem o *delirio de ciumes e* o de *ruinas pre-senil.* São dos mais interessantes da psychose de involução. Correspondem ás fórmas paranoides da classificação kraepeliniana, entre as quaes se conta o delirio de ruinas pre-senil.

O delirio de ciumes se observa muitas vezes na menopausa. Mulher que vivia em bôa harmonia com o marido, põe-se, de repente, a ter ciumes infundados e exaggerados, emquanto sexualmente se vae mostrando inferior ao que era. Já não encontra o mesmo prazer no congresso sexual, ao mesmo tempo que attribue tudo a pouco ardor do marido.

Nesta modalidade paranoide dominam as interpretações delirantes. Tudo é invocado como prova de que o conjuge está sendo adultero. O olhar mais innocente, o gesto mais simples, a conversa mais natural — tudo é apresentado como uma prova de que a deshonestidade campeia. As allucinações são raras, excepcionaes mesmo.

Na outra fórma, *delirio de ruinas pre-senil,* tambem são raras as allucinações, predominando as illusões.

Tambem se denomina esta fórma delirio de queixumes pre-senil. A' medida que a involução se vai operando, o individuo se vai convencendo de que vai ficar na mais atroz miseria, e vive a se lamentar de que se gaste demais e de que não haja saúde.

Ha um certo apoucamento intellectual e o doente explica a sua miseria, de fórma, ás vezes, bem pueril. Predomina a tristeza e muitas vezes se sublinha o argumento com tristeza copiosa. Acredita que todos queiram roubal-o e o menor barulho que ha na rua, é prova de que os gatunos se approximam. Noites a fio passa elle á espreita dos assaltantes.

Um cliente tive eu que vivia a contar e recontar apolices ao portador que tinha em um cofre em seu quarto, que dizia sempre serem insufficientes para a sua garantia contra a miseria. Demais, acreditava que os gatunos se houvessem combinado a roubal-o. Não dormia e qualquer barulho na rua o punha muito excitado. Veiu a suicidar-se, atirando-se de grande altura, e os filhos herdaram uma bôa fortuna.

Outro doente tive eu que se queixava aos filhos quando me chamavam, de que teria de pagar muitas visitas e estava na miseria.

A's vezes argumenta o doente, dizendo que tudo foi trocado pelos gatunos e que se encontram na casa objectos de menor valor, em vez de outros mais valiosos. Difficilmente fica quieto num canto. A torcer as mãos, cheio de lamurias, anda de um lado para outro. Transparece bem a accentuada inquietação. Uma ou outra vez póde transparecer uma certa obnubilação intellectual, mas, em geral, ha logica e clareza no raciocinio. A memoria apresenta, porém, certas lacunas. Si se não realiza um tratamento muito rigoroso, em curto prazo a demencia senil se seguirá.

Hirschfeld distingue duas modalidades: a *depressão simples melancolica* e a fórma *paranoide querelante.*

O Prof. Morselli fala em uma fórma chamada *imenomania,* em que ha uma obsessão impulsiva para o casamento com mulher muito moça ou de condição social muito inferior.

Kleist isolou uma *paranoia involutiva,* em que haveria falsas representações, illusões da memoria, representações delirantes, illusões e alterações da vida affectiva e do curso do pensamento. Terkof fala em uma *paraphrenia involutiva.*

Ha fórmas que se assemelham a verdadeiras *eschizophrenias tardias* e que foram bem estudadas por Füngfeld.

O *diagnostico differencial* da psychose de involução é, ás vezes, bem delicado. Albrecht, em interessante trabalho, "Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters", no *Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie,* de 27 de Janeiro de 1914, aborda algumas destas questões. Admitte tambem o climaterio masculino. Discute o diagnostico differencial com a psychose maniaco-depressiva, com a paranoia, com a paraphrenia, com a eschizophrenia e com a arterio-esclerose cerebral.

No que concerne á fórma melancolica da psychose maniaco-depressiva, ha a lembrar que Kraepelin accentúa

que se desenvolve ella na menopausa, como um testemunho de que antes já houvera qualquer crise. No entanto, a meu vêr, a duração maior, a ansiedade mais intensa, a dysmnesia e as idéas de queixumes e ruinas são demonstrações de que o processo veiu a se desenvolver num estado organico cerebral em que a cura já se não torna tão facil.

Quanto á fórma maniaca, ha como predicados que lembram a involução, a dysmnesia e o apoucamento intellectual.

Quanto á paranoia, ha a distinguir o que tinha um temperamento paranoide e entrou em involução e aquelle em que se desenvolveu posteriormente um syndromo paranoide. Kleist procura fazer a differenciação, dizendo que neste caso ha muitas illusões e allucinações, ao passo que na verdadeira paranoia tal não occorre. No entanto, muitas e muitas vezes ellas falham e bem não andaria quem sómente nisto confiasse.

Paillet e Morel, no Congresso de Alienistas e Neurologistas de França, de Agosto de 1913, dizem que nestes casos ha sempre uma constituição hypo-paranoica.

Ponto importante para o diagnostico parece-me o predominio de idéas de ciume e de ruinas. Sckott fala na transição que muitas vezes se nota do estado melancolico para o paranoico. Hösslin acredita que o delirio de ruinas pre-senil e a paranoia de involução pertençam á paraphrenia.

Ha a distinguir, porém, que na paraphrenia ha essencialmente abaixamento do nivel intellectual, ao passo que aqui predomina o *deficit* na memoria. Naquella ha idéas mais pueris que nesta, maior quantidade de illusões e allucinações.

Da eschizophrenia se distinguirá, a meu vêr, porque faltam a perda de affectividade, de iniciativa e a associação extravagante de idéas.

Da arterio-esclerose cerebral se differencia, porquanto predominam as lesões de esclerose, ha muita dôr de cabeça, vertigens, claudicação intermittente das arterias e insomnia.

Na syphilis cerebral, que tambem se póde confundir, ha as provas de laboratorio, ás vezes, delirio de grandeza e muitas allucinações.

O *tratamento* consiste essencialmente no uso de productos opotherapicos de natureza ovariana ou testicular. Ao extracto testicular se attribue, demais, modernamente, um grande papel como elemento de desintoxicação, modificando a crase sanguinea e corrigindo-lhe a acidez.

Mendel preconisa *banhos carbo-gazosos, validol, iodeto de potassio, galvanisação da cabeça, duchas e psycho-therapia.*

Lian e Finot consideram a hypertensão arterial um elemento constante da idade critica. Dizem que isto depende de modificações nervosas determinadas pela defficiencia das secreções das glandulas sexuaes.

Ha portanto, indicação de *remedios hypotensores.* Aliás, é bem sabido que a baixa das pressão arterial allivia muito a ansiedade.

Riesemann e Weiss assignalaram que a frequencia da hypertensão arterial cresce lentamente dos trinta aos quarenta e cinco annos e bruscamente no momento da involução das glandulas endocrinas masculinas ou femininas.

No homem esta involução se atraza de uns cinco annos em relação á mulher, em que o periodo de transição vem quasi sempre mais cedo.

Curioso é que Granjean assignalou que no periodo do climaterio masculino ha frequentemente accessos congestivos da prostata que conduzem á hypertrophia deste orgão, do mesmo modo que na mulher ha congestões do utero e do ovario que, ás vezes, acarretam copiosas hemorragias. E' interessante saber-se que modernamente se vem preconisando o emprego do *extracto de testiculo* nas mulheres no estado de menopausa. A quem lêr a receita de um medico que indique extracto de testiculo para uma mulher, poderá parecer que labore em erro. No entanto é perfeitamente scientifico. Malherbe, no Progrés Médical, n.º 12, de 1927, refere duas observações que vieram confirmar a hypothese da necessidade de impregnação masculina para realisar o equilibrio physologico da mulher. Em ambos os casos, o tratamento ovariano e outros remedios nada haviam conseguido e, no entanto, o extracto de testiculo fez com que se modificassem o estado de excitação, a ansiedade e as modificações do humor.

Malherbe diz que os effeitos beneficos dependem da espermina. Indaga elle si no homem não seria util o uso de extracto de ovario para acalmar o excessivo erethismo de seus nervos. Observa elle, porém, que si é normal que a mulher seja completada physiologicamente pelo homem, seria anormal e anti-physiologico que o organismo masculino ficasse feminilisado pelos hormonios ovaricos.

Bauer diz que por via gastrica nunca se observam resultados muito seguros com extractos de testiculo e ovario. Por meio de injecções ha muito mais effeito.

Trabalhos de Anzel e Bouin mostraram que a glandula vascular interna testicular é representada pelas cellulas intersticiaes de Leydig. Por este motivo muito aproveitam ás injecções com *substancia intersticial do testiculo.*

Zondek preconisa muito a *folliculina* no tratamento da menopausa natural ou artificial.

Auctores modernos dão importancia muito maior á hypophise do que ao ovario ou testiculo na genesis da capacidade sexual.

O Dr. Quaranta referio um caso de rapaz de 28 annos que privado da glandula sexual em consequencia de um accidente, tinha, no entanto, muita potencia, força physica e intelligencia clara.

Muito inflúem além da hypophise, a thyreoide e a supra-renal.

Tenho verificado que o extracto de hypophise excita muito. Por isto, si o doente já é agitado, não o prescrevo.

Bouché, Hustin, Keiffer, Hofbauer e Carbini acreditam que haja na menstruação um phenomeno de anaphylaxia. Por este motivo aconselham *substancias anti-anaphylactisantes* no periodo da menopausa.

Maranõn aconselha dar a folliculina e *evitar* todo e qualquer *choque emotivo* que poderia ter uma repercussão muito seria.

Tratamentos *anti-toxi-infecciosos* podem ser proveitosos, si coexistir um estado de confusão mental.

Pende, em 22 de Junho de 1933, mostrou que o sympathico inflúe muito na funcção sexual masculina. Mostrou que investigações clinicas tinham assignalado que estados de predominio do sympathico no equilibrio nervoso vegetativo (hypertensos essenciaes, diabeticos, individuos com angio-espasmos, basedowianos e hyperthyreoidêos em geral) se associam em grande numero de casos a factos periodicos ou permanentes de *impotencia coeundi.*

Individuos que têm predominio do sympathico facilmente se mostram inhibidos por factores emotivos na realisação do acto sexual.

O *tratamento cirurgico,* quer por uma intervenção sympathicolithica no homem, quer pela resecção do nervo presacro da mulher, póde ser utilisavel.

São applicaveis tambem os *methodos de rejuvenescimento* de Voronoff, Steinack e Doppler.

Voronoff enxertava *porções de testiculo de macaco,* Steinach faz a *ligadura dos canaes deferentes.* Doppler,

realisa *acções chimicas sobre os nervos dos vasos* que na essencia correspondem a uma *sympathectomia.*

Zucchi, em Março de 1928, aconselhou *diathermia.*

Pende injecta o *anti-senium* que consta de thymo, parathyreoide, hypophise, thyreoide, testiculo, ovario e supra-renal cotical. As injecções de anti-senil do Lab. Maerbeck têm mais ou menos a mesma composição e são frequentemente receitados por mim, com bom resultado.

Para tirar a ansiedade que é o symptoma dominante na psychose da involução, prescrevo a formula seguinte:

Luminal	aã 5 centigrs.
Extracto de Crœtegus	
Dito de Passiflora	
Dionina	1 centigr.

F. s. a. uma pilula. Me. n.º 40. Tome 4 cada dia.

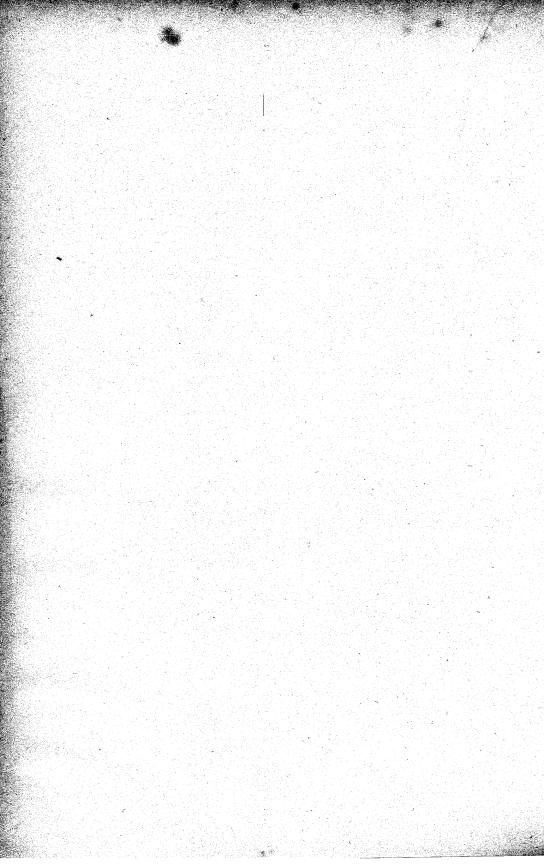
Outra formula minha que cura os disturbios da cenesthesia, é a seguinte:

Extracto fluido de lupulo	aã 20 grs.
Dito de alface	
Dito de mulungú	

Tome quarenta gottas, de cada vez, tres vezes cada dia.

O opio, como vise corrigir a anemia cerebral, por muitos é aconselhado, mas ha a accentuar que na psychose de involução é commum o insufficiencia hepato-renal e que elle muito a aggravaria.

O nucleinato de sódio póde ser empregado com vantagens. Do mesmo modo, o extracto cerebral. O iodeto é tambem de uso proveitoso.

A internação em casa de saúde se impõe, para cuidar o doente e resguardal-o de idéas de suicidio. Não será facil fazer desapparecer por completo a psychose de involução, mas a therapeutica impedirá que a demencia senil se siga.

ARTERIO-ESCLEROSE CEREBRAL

A arterio-esclerose cerebral é collocada na classificação da Sociedade de Psychiatria no grupo das psychoses por lesões cerebraes e demencias terminaes. E' uma doença mental que se verifica geralmente nos individuos que têm arterio-esclerose generalisada.

A razão de ser da preferencia de localização no cerebro é dada pelo facto de ter sido nestes doentes este orgão muito trabalhado. E' a questão da meiopragia. Quem se utilisar pouco do cerebro como, por exemplo, um trabalhador braçal, não terá com facilidade arterio-esclerose cerebral e sim renal, hepatica, etc., ao passo que o intellectual, si atacado de arterio-esclerose, terá de preferencia a fórma cerebral.

Facto bem interessante é que o individuo póde não apresentar senão manifestações muito ligeiras da esclerose arterial generalisada e, no entanto, o cerebro apresentar manifestações accentuadas. O mal parece ter convergido todo para o ponto de maior usura.

A doença prefere as pessoas de 50 a 60 annos. Os homens são preferidos no acommetimento.

Na caracterisação clinica predominam o tom depressivo, o enfraquecimento psychico e lesões em fóco.

Considero symptomas muito importantes a existencia de *dôres de cabeça, vertigens, impossibilidade de dizer em ordem inversa os dias da semana e os mezes do anno,* e de *enumerar varios nomes de animaes ferozes.*

A doença póde surgir de duas fórmas: ou vagarosamente, com dôres de cabeça, tonturas, difficuldade no se lembrar das cousas, trocas de nomes das pessoas, etc. ou bruscamente, em seguida a um insulto apoplectico.

Muitas causas têm sido invocadas para explicar a pathogenia da arterio-esclerose cerebral. A syphilis, ahi, como em outras modalidades do systema nervoso, desempenha papel de grande monta. Ella póde preparar as lesões das

paredes dos vasos e na idade adequada, dos 50 aos 60 annos, o mal surgir. E' preciso, porém bem separar o que caiba rigorosamente á syphilis cerebral, do que pertença á modalidade que venho descrevendo. Aquella prefere os individuos dos 30 aos 45 annos e acarreta habitualmente o signal de Argyll-Robertson. Demais, ha as reacções de laboratorio e a grande efficacia do tratamento especifico.

Tomando em consideração a idéa do virus neurotropo, que admitte uma modalidade do germen productor que tenha uma grande predilecção pelo systema nervoso, ver-se-hia que na arterio-esclerose cerebral tal fórma não existiria e por isso deixaria de haver syphilis cerebral, paralysia geral ou tabes.

Lobstein disse ser a causa da calcificação das arterias, uma alteração nutritiva.

Rokintansky attribuiu o mal a esforços excessivos mechanicos e funccionaes dos vasos. Taube e Marchand pensam em gasto prematuro destes. O Prof. Plesch, no Wiener Medizinische Wochenschrift, disse que o caracteristico da arterio esclerose não póde ser a precipitação calcarea que só representa uma manifestação secundaria. A causa essencial encontra-se no enfraquecimento dos elementos musculares e elasticos da parede vascular. A hypertensão arterial que inflúe muito, tem como causa principal, factores psychicos. Abalos moraes, preoccupações, desillusões, produzem frequentemente nos individuos fatigados a arterio-esclerose que se traduz numa apparencia de velhice precoce. A pressão arterial augmentada por influencias nervosas, só melhora quando estas desappareçam. A pressão arterial tambem cresce quando se tomam em excesso liquidos e alimentos. A arterio esclerose tambem apparece quando se come muita gordura, sendo ingerida cholesterina em abundancia.

O alcool tem sido invocado como factor de grande monta. Kraepelin diz tel-o encontrado em um terço de seus doentes e assignala a facilidade, com que neste periodo da vida provoca elle crises epilepticas.

A acção é apenas indirecta, condicionando a modificação estructural do vaso, mas muito se discute si o processo de arterite poderá ser provocado directamente pelo alcool que é essencialmente esteatosante ou preferentemente pela syphilis ou qualquer outra infecção.

O abuso do fumo tem tambem sido invocado.

Modernamente, os autores vêm invocando modificações da crase sanguinea e appellam para a questão da

viscosidade do sangue. Mórmente os americanos dão grande importancia a isto, bem como á questão de acidez do sangue. Disturbios endocrinicos podem suscitar uma toxemia e esta a esclerose arterial.

A hypertensão arterial foi invocada como causa. No entanto, convém lembrar que o mal póde apparecer sem ella, como o demonstram as experiencias de Braun e Wattermann que fizeram em coelhos injecções repetidas de adrenalina e uma de nitrito de amyla, evitando por meio desta, que houvesse hypertensão e apesar disto o mal se constituiu. Era uma prova de bastar a acção toxica da adrenalina. Lian e Lambling dizem que a hypertensão apparece particularmente na idade critica, ao passo que a arterio-esclerose poderia surgir mais tarde, sendo que esta póde existir sem aquella. Pensou-se na acção da alimentação muito azotada e ainda ahi se verificaria uma modificação nas trocas organicas, no metabolismo cellular, por uma intoxicação.

As emoções repetidas desempenham papel de grande importancia.

Particularmente influem muito as preoccupações da luta pela vida.

E' justamente por isto que os homens são mais vezes victimas que as mulheres. No afan de prover á subsistencia e ao conforto da familia, entrega-se cada qual a um trabalho intellectual muitas vezes excessivo, e si surgem embaraços ou desgostos o cerebro se fatiga mais do que nunca e as modificações da crase sanguinea encontram um terreno preparado para exercer uma acção nociva.

Muitas vezes se busca um estimulo artificial no chá, no café, no alcool, etc., que sommam sua acção nociva.

Qualquer infecção, mórmente quando de fórma nervosa, póde provocar o apparecimento do mal. Haja vista a influenza que póde ser logo seguida por ella.

Pick dá grande importancia á presença de espasmos vasculares que, repetidos, possam vir a comprometter a elasticidade da parede dos vasos cerebraes e provocar a doença.

Estes espasmos podem ser a resultante reflexa de qualquer irritação toxi-infecciosa.

O motivo porque os maniaco-depressivos são muitas vezes victimas deste typo clinico, reside nas perturbações vaso-motoras cerebraes que nelles são habituaes.

A *doença de Pick* é considerada por muitos como uma arterio-esclerose cerebral circumscripta. Outros têm-na

como fórma de demencia senil. Póde occorrer, no entanto, em pessôas bem moças.

Nella o individuo vai ficando desmemoriado, com grande instabilidade de humor, ora alegre, ora triste, progressivamente apathico, com puerilismo notavel e confabulação. Em pouco tempo ha uma aphasia muito especial. Perde-se o uso da linguagem. Ha surdez verbal, agraphia, cegueira verbal.

Os doentes falam muito pouco espontaneamente. A's vezes, respondem invariavelmente pela mesma phrase que é tudo que lhes resta do vocabulario.

A aphasia progride sempre muito devagar. A's vezes, leva mezes e annos a doença, progredindo e peiorando. Mignant pensa em collocar a doença de Pick ao lado da doença de Alzheimer, num grupo que elle chama *encephalóse* que está para a *encephalite,* como *a nephrose* está para a *nephrite.* No entanto, na doença de Pick têm sido encontrados *post-mortem*: atrophia cortical circumscripta e presença de corpusculos argentophilos nas cellulas nervosas, sem atheroma, nem arterio-esclerose.

Outrotanto, raramente se encontram placas senis.

O Prof. J. Pal, em trabalho publicado no "Wiener Klinische Wochenschrift" de 27 de Julho de 1922, diz que se deve tomar em particular attenção a arterio esclerose que acarreta o espessamento de finos ramos arteriaes e tem como causa a hypertonia primitiva, permanente (hypertonia essencial de Frank, fórma benigna de esclerose renal de Volhard). A hypertonia significaria o estado activo da parede vascular e não a propria hypertensão, de que, aliás, seria causa habitual. O espessamento nas arteriolas cerebraes coincidiria muitas vezes com grandes lesões atheromatosas na crossa da aorta. A hypertonia primaria seria, segundo Pal, de origem nervosa e as excitações psychicas repetidas, bem como a predisposição familiar influiriam em sua producção.

Curioso é o papel da herança e ha familias, em que diversos membros succumbem deste mesmo mal.

Quando á doença se inicia vagarosamente, ha além de dôres de cabeça, tonturas e difficuldade em se lembrar das cousas, uma grande incapacidade para o trabalho. O individuo nota, elle proprio, que já não tem prazer nelle e que se sente em difficuldade para fazer tudo quanto anteriormente fazia. Cansa-se com facilidade. A capacidade de fixação diminúe muito. Lê uma pagina e se esquece pouco depois do que leu. Vê uma pessôa e se não lembra

della pouco depois. Particularmente, os nomes proprios são esquecidos com facilidade. Muitas vezes se troca o nome de uma pessôa por outra.

Augusto Hoch, de Nova York, em trabalho muito interessante, chama a attenção para o facto de se não achar a memoria tão diminuida, quanto ser notavel a difficuldade de dar ella promptamente os informes, de que carece o doente. Custa a se lembrar das cousas, embora afinal a lembrança venha. Diz elle que ha um defeito de tensão mental, que muito se assemelha ao que se passa no cansaço.

Os enganos são frequentes e o phenomeno da perseveração é habitual.

A personalidade se não modifica.

Ha em muitos casos uma sensação penosa de peso na cabeça.

Grasset divide as vertigens que são frequentes, em vertigens simples, com crises epileptiformes e pulso lento permanente. A's vezes, ha verdadeiros desmaios e o individuo fica completamente alheiado a tudo quanto o rodeia, durante alguns minutos, proferindo, não raro, phrases inteiramente sem nexo.

O doente mostra-se muito emotivo e chora por qualquer nonada. A's vezes, basta encontrar uma pessôa amiga e prorompe num pranto demorado. O riso nervoso, embora não muito frequente, tambem se verifica.

Em alguns casos ha zumbidos de ouvido que muito incommodam o doente. Alguns, logo no inicio do mal, se queixam de escutar os batimentos de suas arterias e por isso não podem conciliar o somno. Em outros casos tal se não verifica, mas a insomnia persiste noites a fio, ás vezes dominado o cerebro por uma série de idéas multifarias, outras, completamente vasio de pensamentos.

Alzheimer e Henri Nouet admittem duas modalidades clinicas de arterio-esclerose cerebral: a fórma leve ou neurasthenica e a grave.

A primeira seria caracterisada por cephaléa, vertigens, somnolencia durante o dia e insomnia á noite, dysmnésia, hyperemotividade, adynamia psychica, tendencia ao chôro, irritabilidade e tristeza.

Na fórma grave haveria enfraquecimento intellectual massiço, amnésia de fixação, phenomenos aphasicos, agnosia-apraxia, episodios confusionaes com allucinações da vista e do ouvido e agitação motora.

Ha fórmas frustas, em que ha apenas *insomnia, tremor,* ou simplesmente *vertigens, dôres de cabeça, episodios confusionaes.* As vezes ha apenas *ligeiras crises vasculares,* com lesões em fóco e paralysias passageiras.

Kraepelin admitte as seguintes modalidades de arterio-esclerose cerebral: *estados de enfraquecimento mental arterio-esclerotico, apoucamento mental arterio-esclerotico, estados de depressão, estados de excitação, epilepsia tardia e apoucamento post-apopletico.*

E' uma classificação que divide em demasia as fórmas de arterio-esclerose cerebral, mas que tem a vantagem de frisar bem os symptomas principaes.

A baixa da intelligencia é um phenomeno, de que muitas vezes ha, por parte do proprio doente, uma dolorosa constatação. O normal é haver depressão, mas póde haver excitação, com idéas de grandeza, euphoria, logorrhéa e uma certa inquietação.

Doentes ha que nunca tiveram epilepsia e nos quaes se inicia o mal por meio de crises epileptiformes, a que não raro se seguem paresias ou mesmo paralysias.

A's vezes, ha um verdadeiro insulto apoplectico e sobrevem uma hemiplegia com aphasia.

Em alguns casos, o doente deita-se perfeitamente bem e acorda com uma certa paresia. Em outros, ha uma certa dysphasia ou mesmo aphasia.

Ha uma grande difficuldade em collocar em ordem os nomes dos mezes ou dos dias da semana, principalmente quando se determina, sejam elles referidos do fim para o principio.

Idéas de suicidio podem surgir, mas revestidas frequentemente de uma certa puerilidade. Haja vista a observação de um doente que queria matar-se, batendo repetidas vezes com a cabeça na parede.

O Professor Faustino Espozel, em sua excellente these sobre arterio-esclerose cerebral, diz ter encontrado muito frequentemente exaggêro dos reflexos rotulianos.

Chama elle tambem a attenção para duas grandes caracteristicas da arterio-esclerose cerebral: "a consciencia por parte do doente de sua condição morbida e as oscillações e remissões, a que estão sujeitos".

Quer isto dizer que o proprio doente reconhece que muito do que sente, é um effeito da doença, e ser commum,

se constatarem alternativas de dias de grande bem estar e de notavel indisposição.

Muito commum é haver a presença de albumina e crises de sub-uremia. As crises epileptiformes e os phenomenos confusionaes muito frequentemente não dependem de outra causa. Della tambem dependem attitudes cataleptoides que dão ás vezes ao doente o aspecto de um eschizophrenico.

Quando o mal já vai um pouco adiantado, ha a marcha de pequenos passos de Pierre Marie e o mastigar constante e involuntario.

Caminha com passos muito miudinhos, mas, ás vezes, ha uma pequena correria.

Muitas vezes ha uma notavel inquietação e o doente se queixa de um mal estar extraordinario. O quadro clinico lembra muito o do nervosismo e ha igualmente a sensação de susto interno, de temor vago, de oppressão e dyspnéa.

Ainda ahi o máu funccionamento do rim desempenha papel importantissimo. Pesadelos são communs, Quando o doente escreve, a letra fica muito tremula e póde-se dar a omissão de palavras. A apraxia é phenomeno commum.

Consiste ella, segundo a definição do Prof. Dr. Ernani Lopes, que se vê em sua excellente these sobre apraxia, na "incapacidade de executar consoante o fim proposto qualquer movimento anteriormente conhecido, desde que esta incapacidade não seja explicavel nem por alterações perceptivas ou aperceptivas, nem por desordens motoras ou mentaes propriamente ditas".

E' o caso do individuo, a quem se pede que faça o signal da cruz, e dirige os dedos para a testa e nada mais faz.

E' igualmente o caso de quem, recebendo ordem de riscar um phosphoro, accender um cigarro e leval-o á bocca, limita-se a riscar um phosphoro e leval-o á bocca. Ha tambem illusões da memoria, misturando o doente factos que se passaram com outros que absolutamente se não deram.

A irritabilidade é um phenomeno que muito commumente tenho observado. O proprio doente a reconhece. E' um máu humor constante. Qualquer cousa colloca o doente em paroxysmos de colera. Si muito affeiçoado á familia, ella já lhe não dá prazer e particularmente com as crianças já não condescende com a menor de suas travessuras. Muitas vezes se serve de verdadeiras mulêtas para

o raciocinio, representadas pela repetição da palavra ouvida, a dar tempo a que entenda e pense na resposta.

A audição costuma ficar diminuida. Ha, por vezes, transitoriamente suppressão da vista.

O gosto e o olfacto tambem se alteram.

Curioso é que, ás vezes, se constitúe uma grande intolerancia pelos toxicos e que individuos que tinham a cabeça forte, se sentem mal com um calice de licor.

O exame de urinas revela frequentemente albumina ou assucar.

Rumpf encontrou no sangue augmento do sodio, potassio e calcio. As arterias revelam-se serpiginosas e endurecidas. Ha, em geral, reforço da segunda bulha no fóco aortico, hypertensão arterial e augmento de volume do coração. Romberg contesta, porém, que a hypertensão seja muito frequente, pois dos seus doentes, apenas em 10 % ella se encontrava.

Um ponto que attesta a insufficiencia cardiaca, que é nelles commum, é o grande augmento do numero de batimentos arteriaes depois de uma pequena corrida ou da subida de uma escada.

As pesquizas *anatomo* e *histopathologicas* attestam frequentemente lesões vasculares graves, particularmente na aorta e nas coronarias, hypertrophia cardiaca, myocardite, nephrite, etc.

Ha espessamento dos vasos cerebraes. As meninges se mostram grossas e opalescentes. Ha atrophia mais ou menos accentuada de todo o cerebro.

As pesquizas microscopicas fazem reconhecer muito diminuido o calibre dos vasos cerebraes e espessada a tunica elastica, em que se nota a infiltração de vasos de néo-formação. Fócos pequenos de amollecimento se constatam nos lugares, em que vai minguando a circulação cerebral.

As arterias da base do cerebro são as que mais vezes se apresentam atheromatosas.

No entanto, são principalmente as lesões dos pequenos vasos, mórmente da camada cortical do cerebro, que mais inflúem no quadro clinico.

Em torno dos pequenos vasos nota-se um espaço vasio, a que se seguem uma camada de cellulas degeneradas e outra de cellulas sãs.

Nos lugares em que deviam existir cellulas nervosas sãs, ha muitas vezes nucleos de glia, que se denominam cellulas satellites (Trabantzellen).

Nas cellulas nervosas é commum o augmento de pigmentação.

Em torno dos vasos ha tambem cellulas chamadas granulosas, que Merzbacher considera como encarregadas de apprehender e remover productos inuteis que dependem de transformação de globulos vermelhos, tecidos amollecidos, restos de cellulas, etc. Estes detrictos são chamados "Abbauprodukte" e as cellulas "Abraumzellen".

Pittorescamente poder-se-hia dizer que ellas representam a limpeza publica do lixo que resulta de cellulas que morrem por inflammação ou falta de alimento.

A nevroglia tem fibras muito finas e curtas e apresenta o aspecto de uma aranha (Spinnenzellen).

O *diagnostico differencial* é, não raro, bem delicado. Com a *paralysia geral* póde-se fazer a differenciação, attendendo a que nella ha Wassermann positivo no liquor e no sangue, albuminose e accentuada lymphocytose, o que não succede na arteriro-esclerose.

Ha, demais perturbação profunda e global da memoria, idéas muito pueris, dysarthria, signal de Argyll-Robertson, perda de auto-critica, que servem para tirar as duvidas.

Para distinguir da *demencia senil* deve-se attender a que esta começa depois dos 65 annos, ha perturbação profunda da memoria, menor consciencia da doença, maior puerilidade.

Em relação á *syphilis cerebral,* ha as reacções de laboratorio. Demais, ha a questão da idade, pois a syphilis cerebral prefere os individuos de 30 a 45 annos, ao passo que a arterio-esclerose cerebral escolhe os de 50 a 65. Na syphilis cerebral ha frequentemente allucinações, particularmente do ouvido, e o humor se apresenta expansivo, observando-se commummente quadro opposto na arterio-esclerose cerebral. O signal de Argyll-Robertson vale de muito em favor da syphilis. Casos de epilepsia tardia tornam, ás vezes, particularmente difficil o se saber si tudo depende da syphilis ou da arterio-esclerose cerebral com accidentes sub-uremicos. Em favor da primeira se pesquizem o Wassermann positivo do sangue, a idade inferior, paresia, ou mesmo paralysia dos musculos oculares, lesões em fóco pouco duradouras com paralysias igualmente fugazes.

Quanto á *psychose maniaco-depressiva*, com cuja fórma melancolica se poderia fazer a confusão, ha a moderna reacção de Ehrlich (paraldehyd-reaktion), que existe em 70 % de casos de arterio-esclerose cerebral, ao passo que nella é rara. O feitio do delirio tambem é differente, sendo num caso o individuo auto-accusador, ao passo que no outro, ha os queixumes, ás ideas de ruina, o receio de roubos, culpando-se os outros e não a si mesmo.

Quanto ás *psychoses pre-senis* ha a consignar que nestas faltam os signaes positivos e francos de esclerose. Demais, nellas são omissos os symptomas de lesões em fóco.

Quanto ao *prognostico*, é sempre sério, pois não só ha o risco de que se siga a demencia senil, como tambem ha a perspectiva sombria de qualquer lesão em fóco.

No que concerne ao *tratamento*, ha a tomar em grande consideração tudo que possa concorrer para irritar o figado ou os rins, que representam as verdadeiras valvulas de defesa do organismo. A diéta inflúe muito. Deve-se buscar supprimir a carne ou, pelo menos, administral-a muito bem cozida e em pequena quantidade. As visceras que representam alimentos ricos em nucleo-albuminas, devem ser evitadas. Pal aconselha beber muito pouca agua e em pequenos góles.

Deve-se administrar pouco sal. Em relação a ovos, Marcel Labbé preconisa, mas Lemoine diz que a cholesterina delles póde influir na evolução da arterio-esclerose. O peixe representa um bom alimento, comtanto que seja bem fresco.

De remedios, o melhor delles é, sem duvida, o iodeto. As dóses não devem ser fortes.

Costumo prescrever:

Iodeto de sodio	5 grs.
Arseniato de sodio	5 ctgrs.
Extracto fluido de abacateiro	100 grs.

Tome duas colheres de chá cada dia, em agua assucarada nas refeições.

Como vehiculo para o iodeto, deve-se preferir uma substancia que seja diuretica, pois ha sempre o perigo do máu funccionamento do rim. E' preciso cuidar de tonificar a cellula nervosa e o arsenico preenche bem este papel. Póde-se administrar com vantagem o uso de injecções de alival

ou lipiodol, com as quaes se poupa o estomago, nem sempre tolerante para o iodeto.

Uso tambem muito prescrever capsulas de fitina, na dóse de quatro por dia, ou injecções de opo-cerebrina.

O *citrato de sodio* é util como laxativo que torna o sangue menos viscoso.

Póde-se dar de 15 a 30 grs. diarias. Acredita-se que na cardio-esclerose vascular o sangue mais denso não circule com a mesma facilidade e que o cerebro tenha por isto uma irrigação sanguinea deficiente e de má qualidade.

Modificando o citrato de sódio a crase sanguinea e determinando o iodeto de sódio uma modificação da viscosidade do sangue, um abaixamento da tensão arterial e uma melhor nutrição das tunicas arteriaes, comprehende-se bem as vantagens que advirão do emprego simultaneo do citrato e iodeto de sodio. Este diminúe a pressão sanguinea e dilata os vasos, facilitando a circulação peripherica e a melhor irrigação cerebral.

G. Sée, Lapicque e Lemoine preferem iodeto de potassio ao de sodio, julgando-o mais activo e mais seguro.

Eloy prefere o iodeto de sodio, julgando que a acção é essencialmente do iodo, sendo este um producto menos irritante, menos nocivo, em uso prolongado sobre o musculo cardiaco. No entanto, Huchard disse que são necessarios cerca de tres annos de uso continuado de iodeto, para que melhore sensivelmente a arterio-esclerose.

Lemoine aconselha muito o *phosphato de sodio*, empregando frequentemente um producto que o tem como base, a sclérolysine Ducatte que tem determinado sensiveis melhoras em doentes meus de arterio-esclerose cerebral. O phosphato de sodio facilita a dissolução dos productos, como a cholesterina, a oxy e a paracholesterina, etc. que concorrem para a formação das placas de esclerose.

O serum de Trunecek tem como base phosphatos e é empregado com vantagens sob a fórma de injecções.

Lemoine preconisa o uso em dóses altas do *bi-carbonato de sodio,* do *carbonato e* do *benzoato de lithina.*

O Prof. Bernard Stuber e o Dr. Konrad Lang aconselham o emprego da *germanina,* estabilisadora do plasma e dos thrombocytos, determinando transformação dos globulos, elevação da carga das placas e diminuição da capacidade de coagulação do sangue.

Para ser efficaz, segundo Lang, a injecção deve ser intra-venosa para alcançar a circulação em estado suf-

ficientemente concentrado. Começa-se por uma dóse de 50 centigrs., dando-se 1 gr., no fim de tres dias, repetindo-se duas vezes mais, com intervallo de cinco dias. Uma *alimentação alcalina,* em que se condemnem formalmente carne e peixe de qualquer especie, completa a acção da germanina.

A *electricidade,* sob a fórma de *correntes de alta frequencia,* póde ser utilisada com proveito. Baixa a tensão arterial, facilita a diurése, supprime peso de cabeça, zoadas, vertigens, etc.

A *hydrotherapia,* sob a fórma de banhos carbo-gazosos, é muito preconisavel.

Moscas de Milão, collocadas atraz das orelhas, melhoram muito as zoadas que tanto affligem os doentes de arterio esclerose cerebral.

As gottas hypotensivas de Fraisse, a guipsine, o pacyl, a trinitrina, o nitrtio de sodio, etc., são empregados com vantagem para baixar a pressão arterial e approveitam nos casos de arterio-esclerose cerebral.

No caso em que esteja occorrendo um *ictus cerebral,* deve-se distinguir si ha uma *hemorrhagia cerebral* ou uma *ischemia cerebral* por *thrombose* ou *embolia.* O tratamento varia evidentemente conforme houver sahida de sangue ou falta de sangue.

Deve-se pensar em *hemorrhagia cerebral* si houver *atheromasia, hypertrophia do coração,* informação de que o individuo estava são antes do ictus, demonstração de *cylindros* na urina e outros signaes clinicos de *nephrite;* durante o *insulto apoplectico, o rosto fica vermelho, as carotidas pulsam fortemente, o pulso é lento e duro, a temperatura baixa* e só se eleva si a morte sobrevier, pouco antes della. O insulto apoplectiforme dura mais tempo do que na thrombo-embolia, sendo que, quando durar mais de dois dias o estado de inconsciencia, não se póde esperar a cura. São frequentes: *hemorrhagia retiniana* como aviso da cerebral, *thrombose da veia central da retina.*

O *liquor* póde mostrar-se *hemorrhagico.*

Os symptomas clinicos que decorrem de uma *thrombose cerebral* ou de uma *embolia cerebral,* são approximadamente os mesmos no caso de ictus apopletiforme agudo, sendo que em favor de embolia fala a existencia de lesão oro valvular.

Deve-se pensar em *amollecimento cerebral agudo* por *thrombo-embolia cerebral* si no momento do ictus o *rosto* estiver *pallido, o pulso normal,* eventualmente accelerado ou irregular, si coexistir uma affeção cardiaca; a *temperatura não tem abaixamento inicial* e logo depois se eleva muito sem que isto signifique signal de morte; a *duração do ictus* é, em geral, *curta,* sendo muito longa apenas nos casos de embolias extensas; são *raros* os *disturbios respiratorios;* ha frequentemente *aphasia* com *hemiplegia direita;* ás vezes, são encontrados signaes de uma *embolia recente* ou *antiga da arteria central da retina;* o *doente* é, em geral, *moço,* sendo que em idade adiantada, tanto póde haver embolia como hemorrhagia. E' commum haver a co-existencia de atheromasia adiantada, lesões cardiacas, embolias em outros orgãos, etc.

Em trabalho de Villaverde, de 18 de Março de 1933, assignala elle como causa de thrombose o *espasmo arterial* e preconisa muito a *acetylcolina* que abaixa a pressão, dilata o vaso, removendo o espasmo.

Em artigo de 6 de Janeiro de 1936, de Jorge Hanau, na Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, a proposito da cura da *hemorrhagia cerebral,* considera esta um processo vasomotor complicado, em que ha augmento da pressão sanguinea, contracção accentuada das arterias cerebraes pequenas e minimas, ischemias regionaes e ruptura dos vasos acima dos pontos contrahidos.

Westphal aconselha como proveitoso para tudo isto, *injecções intravenosas de sôro glycosado hypertonico,* 40 cc^3 de sôro glycosado a 40 %. Rosolino Colella é partidario da auto-hemotherapia. Tira 25 ou 30 cc^3. de sangue de uma veia do braço e injecta immediatamente na região glutea do lado são. Póde-se passar na seringa, antes de tirar o sangue, um pouco de citrato de sodio em solução a 25 %, para evitar uma coagulação prematura do sangue. Feito o tratamento quasi logo depois do ictus, ha uma melhora rapida, os doentes tornam-se conscientes e os movimentos se restabelecem mais ou menos depressa.

Colella recommenda este tratamento, mesmo como preventivo naquellas pessoas que tendo um syndromo hypertensivo, tenham antecedentes na familia de hemorrhagia cerebral. Colella diz que este tratamento não dá resultado algum no amollecimento cerebral, o que serve para distinguir este daquelle.

Artauld de Vevey explica o resultado vantajoso pela baixa brusca da pressão arterial geral e intra-craneana que restabelece as connexões intra-cerebraes.

V. Paschetta, em trabalho no Paris Médical, de 1 de Fevereiro de 1936, preconisa o emprego de *ondas ultra-curtas*, associada á *ionisação transcerebral.*

A *sangria* é de pratica commum nos casos de *insulto apoplectiforme por hemorrhagia cerebral.* No entanto, ha muito quem a condemne, mesmo como irracional. Todavia muitos acreditam que só a sangria possa salvar o doente, havendo, portanto, grande responsabilidade do medico que, não condescendendo com a familia, não a fizer. O *capacete de gelo* na cabeça, com applicações de botijas quentes nas pernas, é muito util.

Clysteres com *oleo de ricino* ou *sulfato de sodio* são *aconselhaveis.*

A *puncção lombar* é necessaria como meio de tratamento e de diagnostico.

Si houver *ischemia cerebral por thrombose* ou embolia, deve-se dar *acecolina.* Póde-se fazer injecção de *cafeina* ou de *oleo camphorado.*

Moewes, Medico-chefe do Hospital Stubenrauch, de Berlim, aconselha injecções intra-venosas de telatuten, na primeira semana de dous em dous dias e mais tarde duas vezes por semana.

Schuerer, em trabalho de 1936, citando a opinião do sabio Prof. Fritz Munk que diz ser inefficaz o iodo, preconisa, em vez deste, laxantes, limitação de liquidos, jejum um dia da semana, ás vezes sangria, vomitorios ou diaphoreticos, fortalecendo-se o coração por meio de applicações frias e fricção, supprimindo-se o fumo, o alcool, o café, cacáo, carne, ovos, cereaes, prescrevendo-se uma alimentação lacto-vegetariana, fructas contra a sêde, alimentos crús, hydrotherapia fria e exercicio ao ar livre.

Disse Schuerer que um individuo de vida normal não deve temer esta doença, a não ser que um acontecimento grave lhe produza um abalo psychico muito intenso.

Si houver hypertensão arterial, empregar-se-ha com vantagens a solução alcoolica centesimal de trinitrina, na dóse de quatro gottas diarias.

As applicações electricas sob a fórma de correntes de alta frequencia visam o mesmo objectivo.

Tenho colhido bons resultados com as injecções de tiodina, em que ha iodo e thiosinamina. Si o doente estiver

muito excitado, será preciso evitar o opio e o chloral. O primeiro torna o rim mais insufficiente e o segundo abate muito o coração. O melhor calmante será sempre o banho morno prolongado.

Quando não, brometo em dóses fracas, com iodeto e esparteina.

Por exemplo:

Xarope de aniz	225 grs.
Iodeto de sodio	2 grs.
Brometo de estroncio	10 grs.
Sulfato de esparteina	15 ctgrs.

Tomar tres colheres de sopa por dia.

Si sobreviér um ictus, deve-se logo prescrever um clyster purgativo e collocar sinapismo nas coxas e pernas.

Injecções de oleo camphorado ou esparteina devem ser feitas.

Ahi como em muitas outras doenças mentaes, é preciso que se faça sempre um pouco de psychotherapia e que o doente se capacite de que o seu mal é curavel e não representa um prologo para a demencia.

SYPHILIS CEREBRAL

E' este um dos capitulos mais complexos da psychiatria.

Justifica-se isto, porque nelle só deve rigorosamente caber o que traga uma perturbação do entendimento e que seja directa e immediatamente causado pela syphilis. Ora, ha muita doença mental em que a syphilis desempenha papel pathogenico e que não é syphilis cerebral. Haja vista o que occorre com os disturbios endocrinicos de origem syphilitica como em alguns eschizophrenicos, ou com os accidentes heredo-syphiliticos que vão culminar na constituição de estados atypicos de degeneração. São estes, quadros clinicos outros da psychiatria, em que a syphilis influiu indirectamente e que por isto não devem caber na rubrica de syphilis cerebral.

Por outro lado a analyse moderna e detida desta permitte constatar a existencia de feitios clinicos que á primeira vista poderiam fazer pensar em outro diagnostico. Como exemplo, poder-se-hia citar a fórma eschizophrenica, em que o doente tem o aspecto de um demente precoce, não tendo, porém, os caracteres fundamentaes desta. Objecto da mesma confusão diagnostica, num exame superficial, poderia tambem ser a fórma paranoide da syphilis cerebral.

A differença entre esta e a arterio-esclerose cerebral ou a paralysia geral ou a psychose de involução, é muitas vezes bem difficil.

Alguns clinicos buscam simplificar o problema, diagnosticando sem maior exame esta entidade clinica, mas é preciso que se pondere que só fica bem em qualquer entidade clinica o que dispuzer de seus caracteres essenciaes. Como prova, igualmente, da complexidade do problema haja vista a moderna classificação de Kraepelin: *neurasthenia syphilitica; fórma hypertensiva; disturbios psychicos nos tumores gommosos; pseudo-paralysia syphilitica* (de-

mencia syphilitica, fórmas delirantes, fórmas expansivas, syndromo de Kossakow luetico); *lues cerebri apoplectica; epilepsia syphilitica; fórmas paranoides; disturbios mentaes tabidos; disturbios mentaes heredo-syphiliticos.*

E' esta uma classificação extensa, quasi essencialmente clinica.

Outra classificação que por ser muito bem feita, embora igualmente complexa, deve ser referida, é a dos distinctos e pranteados psychiatrias Professores Faustino Espozel e Ulysses Vianna, que muito se preoccuparam com a questão anatomo-clinica da doença.

Dividiram elles em tres grandes classes: *vascular, meningitica e gommosa ou esclero-gommosa.* A fórma *vascular póde ser de grandes ou pequenos vasos, sendo que aquella póde ser apopletica, hemiplegica, aphasica ou mental,* e esta, *epileptica* ou *eschizophrenica.*

A fórma *meningitica* póde ser *diffusa* ou *circumscripta,* podendo aquella ser *aguda* ou *chronica* e esta, da *convexidade* ou da *base.*

A fórma *neurasthenica* da classificação allemã não é por muitos bem acceita, por isso que não só se poderá tratar de um caso commum de neurasthenia, naturalmente causada por um cansaço emotivo, em que a syphilis tenha um papel indirecto, como tambem póde ser o prologo de outras doenças mais graves como a paralysia geral, de que já seja mesmo uma expressão.

Kraepelin dá-lhe como feitio clinico: instabilidade nervosa, difficuldade na elaboração do pensamento, excitabilidade, insomnia, pressão cerebral, disturbios multiplos da cenesthesia e, ás vezes, dôres fortes.

Ha perturbações da memoria, o que não sóe acontecer na neurasthenia commum.

Em alguns casos ha apenas uma sensação de pressão no interior do craneo, noutros ha, profundamente, verdadeira dôr de cabeça, que se localiza commumente ou na região supra-orbitaria, ou na temporal, ou na occipital, e que vai augmentando de intensidade á medida que a noite se approxima.

O proprio doente reconhece muitas vezes a difficuldade na elaboração de seu raciocinio perfeito e se queixa de não ter a mesma capacidade de deliberação que até então.

As vertigens são communs nesta fórma. Nestes casos de neurasthenia syphilitica terão grande valia para esclarecer o diagnostico o signal de Argyll-Robertson e a fórmula leucocytaria do liquido cephalo-rachiano.

Verifica-se lymphocytose e em muitos caso reacção de Wassermann positiva no sangue e no liquor. Salomon e Klauder, no "Journal of Medical Association" de 26 de Novembro de 1921, dão enorme valor ao signal de Argyll-Robertson que consideram capaz de tornar evidente a neurosyphilis.

Quando a reacção de Wasserman se mostrar positiva, o tratamento especifico conseguirá modifical-a, o que se não dá na paralysia geral. O notavel Professor Jeanselme é de opinião que o unico signal humoral de certeza de neurosyphilis, é a positividade da reacção de Wassermann no liquor, mostrando-se porém, ella do mesmo modo em duas ou tres puncções successivas, com poucos dias de intervallo. Como bem dizia o distinto psychiatra Dr. Ulysses Vianna, esta fórma poderia ser identificada á depressiva de Fournier, pois na realidade ha antes uma profunda depressão mental do que um feitio neurasthenico.

Ha um feitio clinico da syphilis cerebral que bem se poderia dizer a fórma *hypertensiva* desta. Ha um grande augmento na pressão do liquido cephalo-racheano, o que acarreta grande pressão endo-craneana e mesmo dôr de cabeça muito forte. Esta vai, ás vezes, a tal ponto que o arrancar a cabeça do travesseiro desperta no paciente gritos lancinantes. Ha a meningite serosa de Kühne, effeito de excitação cerebral intensa que provoca augmento de secreção dos plexos choroides e hydrocephalia interna. O liquido cephalo-racheano fórma um verdadeiro coxim protector do manto cerebral e si este se irrita, aquelle busca protegel-o, crescendo em quantidade, mas esbarrando no arcabouço cerebral inextensivel.

Puncções lombares repetidas conseguem modificar consideravelmente esta fórma clinica.

Em consequencia do peso de cabeça e mesmo dôr de cabeça muito forte, o doente se apresenta entorpecido, confuso, indifferente ao que o circunda, constantemente irrequieto. A's vezes, surgem paresias transitorias, vertigens, cries convulsivas, ataxia, estase papillar, contracturas.

Ha uma grande relação entre este typo clinico e os *disturbios psychicos* nos *tumores gommosos*. Os tumores gommosos, como as esclero-gommas, actúam como um corpo extranho, como si fossem qualquer outro tumor e seus effeitos derivam essencialmente da localisação em que se encontrem.

E' a séde que vai fazer a variedade da symptomatologia. Primordialmente, deve-se lembrar que as gommas

e as esclero-gommas provocam uma irritação que augmenta a quantidade do liquido cephalo-racheano que comprime o cerebro. Depois, somma-se esta compressão á irritação limitada do ponto em que se assesta a gomma ou esclero-gomma e si, por exemplo, se assestar ella na circumvolução frontal ascendente, haverá convulsões no lado opposto.

Si a localisação fôr na base, como ahi se assentam numerosos filetes nervosos, haverá paralysia de nervos craneanos, sendo mais frequentes as do motor ocular commum, facial, motor ocular externo e acustico. Póde succeder que a gomma ou a esclero-gomma fique durante algum tempo em estado latente, sem que dê signal algum de sua existencia. Dá-se com ella a mesma cousa que se dá com os tumores, em que á medida que lentamente vão crescendo, ha uma especie de tolerancia do tecido cerebral, até que attingindo um certo volume, todos os seus effeitos clinicos se ostentam.

Ha tambem a tomar em consideração a questão das chamadas zonas mudas do cerebro, como o lóbo frontal, por exemplo, em que póde haver tolerancia para um grande tumor sem que signaes clinicos se evidenciem.

O Professor Fédor Krause, em uma conferencia muito interessante sobre as localizações cerebraes, aqui realizada, apresentou o caso de um doente que tinha um grande tumor nesta região e que revelava apenas *moria,* isto é, excitação branda e pueril.

Póde succeder, porém, que por um phenomeno de irradiação nervosa, manifestações convulsivas se evidenciem, sem que no entanto, nunca estas attinjam á intensidade e precisão de séde, como nos casos de localização na frontal ascendente.

Outra fórma de syphilis cerebral é a *apoplectica, lues cerebri apoplectica.* E' uma fórma arterial de syphilis cerebral, em que ha hemorrhagia cerebral ou amollecimento cerebral agudo, occorrendo sempre perda subita da consciencia, da sensibilidade e da motilidade, sem modificação essencial das funcções respiratoria e circulatoria.

Ao insulto apoplectico que é justamente constituido pelo que acima está descripto, póde seguir-se immediatamente a morte ou uma paralysia mais ou menos definitiva.

A apoplexia póde ter prodromos, caracterisados por vertigens, cephaléa, zoadas, nauseas, vomitos, perturbações no falar, dormencia e paralysia nos membros. Os auctores inglezes chamam a isto "ingravescent apoplexy".

Em outros casos nada fazia prever a apoplexia e o individuo cahe sem sentidos, estertorando, apresentando o rosto as vezes bem quente, si tiver havido hemorrhagia, batendo fortemente as carotidas, havendo muitas vezes a respiração lenta e estertorosa pela paralysia do véo do paladar ou o typo de Cheyne-Stokes.

A bochecha se intumece do lado em que ha a paresia do buccinador. Ha estertores tracheaes pela não deglutição da saliva e penetração desta na trachéa.

Ha desvio conjugado da cabeça e dos olhos para o lado em que ha a lesão cerebral.

O pulso póde variar: vagaroso e muito tenso, si tiver havido uma hemorrhagia cerebral, apressado e deprimido, si houver o amollecimento agudo.

Nos casos em que a causa da apoplexia tiver sido uma hemorrhagia cerebral, a temperatura irá, a principio, abaixo do normal e, depois, pouco subirá; quanto ao amollecimento, irá muito mais alto, sendo, porém facto, que as grandes elevações serão sempre de prognostico desfavoravel.

Em alguns doentes a apoplexia é precedida por manifestações outras de natureza syphilitica; em muitos outros, porém, verdadeiros typos portadores de virus neurotropo, nada houve que chamasse a attenção.

Posteriormente ha quasi sempre uma hemi-paresia, ou mesmo uma hemiplegia, sendo que commummente coincidem espasmos, contracturas, exaggero dos reflexos, clonus do pé e signal de Babinski.

Em alguns casos ha disturbios da estereognóse e diminuição da sensibilidade cutanea. A aphasia e a apraxia são communs.

A intelligencia decahe sensivelmente em muitos casos. Ha periodos de notavel obnubilação cerebral. Observam-se, ás vezes, crises de excitação, com ansiedade e dysmnesia.

Idéas de peccado e de influencia physica transitoriamente se observam. O humor varia desde a tristeza mais profunda até a alegria mais desordenada.

Além da memoria sensivelmente compromettida, ha diminuição da força volitiva e o individuo deixa-se facilmente levar pelos outros.

Podem sobrevir tambem paralysias de musculos oculares, signal de Romberg, ataxia, paresia vesical e crises epileptiformes.

A fórma *hemiplegica* póde ser uma consequencia da apoplectica ou vir inteiramente independente della. E'

muito commum na syphilis cerebral o desenvolvimento de paralysias que se constituem pouco a pouco, a que o doente assiste, consciente do que vai occorrendo.

O individuo sente difficuldade em bem articular as palavras, uma dormencia que se inicia pela ponta dos dedos, vai ganhando o hombro, transformando-se paulatinamente em uma paresia e, finalmente, em uma paralysia, sobrevindo concomitantemente, ou pouco depois, o mesmo processo no membro inferior do mesmo lado. E' isto o effeito de uma endocardite obliterante, que obstruindo a sylviana esquerda ou a origem, muitas vezes commum, de seus ramos frontal inferior e frontal ascendente, impede que a circulação cerebral se faça e acarreta a paresia ou mesmo paralysia. Caracteristico é o facto de ser commum assistir o individuo com pleno discernimento a tudo quanto vai occorrendo.

As paralysias de causa syphilitica têm como predicado frequente a transitoriedade e um paralytico de hoje poucos dias depois nada mais apresenta.

Si em vez, porém da thrombose, houver uma hemorragia cerebral, a hemiplegia não regridirá com esta facilidade.

Séde preferencial é a arteria da hemorrhagia cerebral de Charcot, acarretando a estravasação o comprometimento do nucleo lenticular, capsula externa e, finalmente, da capsula interna, sempre de consequencias muito serias.

A paralysia póde atravessar seus periodos de flacidez e contractura. Ponto commum é surgir esta hemiplegia em individuo muito moço, caso em que facil se torna a differenciação da arterio-esclerose cerebral.

A fórma *aphasica* póde ser independente da hemiplegica ou coincidir com esta. Póde apresentar varias gradações, desde a suppressão completa da palavra até simples paraphasia ou dysphasia. Tudo depende da séde da lesão.

A fórma *pseudo-paralysia syphilitica* tem actualmente uma importancia muito menor depois que se aprendeu a bem distinguir a paralysia geral da syphilis cerebral e que se reconheceu que esta é muitas vezes um ponto de passagem para aquella.

Kraepelin admitte quatro modalidades: a demencia syphilitica, as fórmas delirantes, as expansivas e o syndromo de Korsakow-luetico.

Na demencia syphilitica ha além de disturbios da memoria, uma certa desorientação no tempo e no espaço e confabulação. Durante a noite ha inquietação e insomnia. Cri-

ses epileptiformes são frequentes, a que, não raro, se seguem paresias ou paralysias. Ha commummente paralysias dos nervos oculares, particularmente do motor ocular commum.

Na demencia syphilitica ha além de disturbios da memoria, uma certa desorientação no tempo e no espaço e confabulação. Durante a noite ha inquietação e insomnia. Crises epileptiformes são frequentes, a que, não raro, se seguem paresias ou paralysias. Ha commummente paralysias dos nervos oculares, particularmente do motor ocular commum.

Nas fórmas delirantes predomina o feitio confusional. Ha muitas allucinações, quer da vista, quer do ouvido, e o doente, no meio dellas, fica completamente desorientado. Pessoas e cousas são completamente desconhecidas e curiosa é a rapidez, com que um quadro tão complexo se esvai diante de um tratamento especifico intelligentemente applicado.

Outra modalidade que lembra muito a paralysia geral, é a expansiva. Surge, de repente, uma grande alegria, com allucinações do ouvido. Este é um elemento de valor para o diagnostico differencial, pois na paralysia geral as allucinações não fazem parte do quadro clinico.

Kraepelin cita um caso em que o doente se dizia imperador do Brasil. Ha frequentemente conservação da orientação. A logorrhéa é muito commum.

No syndromo de Korsakow luetico ha perda da orientação, delirio metabolico, amnesia de fixação e confabulação, além de encephalalgias, paresias e crises epileptiformes.

Com os recursos de laboratorio se poderá affirmar quando todas as reacções de Nonne forem positivas, que se tratará de paralysia geral e não de syphilis cerebral. Nesta a amnesia é lacunar, ao passo que naquella é global. Naquella ha um grande enfraquecimento intellectual, o que nesta se não verifica. A syphilis cerebral tem uma symptomatologia multiforme, mas um ponto importante para a differençar da paralysia geral é a existencia frequente de lesões em fóco.

Commum é nella tambem a coexistencia de symptomas um tanto disparatados como, por exemplo, uma hemiplegia direita com uma monoplegia esquerda.

A fórma *epileptica* foi pela primeira vez em 1879, apresentada por Fournier como pertencente á syphilis cerebral.

Melhora ella rapidamente após o tratamento, o que na paralysia geral não sóe succeder.

E' o caso de pessoas que nunca tiveram qualquer manifestação epileptica e que depois da infecção syphilitica entram a ter crises desta natureza. E' commum haver ahi a coexistencia de outros symptomas de syphilis cerebral.

Fournier dava grande importancia á falta do grito inicial na epilepsia syphilitica, mas isto nem sempre occorre.

A questão da idade inflúe muito e Fournier dizia que um individuo cujas crises se iniciassem depois dos vinte annos ou, mais rigorosamente, dos vinte aos trinta annos, teria em 9/10 dos casos como origem do seu mal a syphilis.

Demais, a heredo-syphilis como muito bem assignalaram Kramer, Ziehen e Bruns, é muitas vezes o factor primacial na pathogenia da epilepsia.

Num caso de mal comicial nunca se deve esquecer a prova de laboratorio, pois esta póde perfeitamente documentar uma modalidade de syphilis cerebral.

Todos os feitios da epilepsia aqui se podem encontrar, desde as manifestações mais subtis da epilepsia psychica até as mais ruidosas crises motoras.

Curioso é que ahi o uso de uma pequena quantidade de alcool basta ás vezes para provocar um estado de mal epileptico.

O effeito vantajoso do tratamento especifico é prova de valor para se filiar á syphilis a epilepsia.

A fórma *eschizophrenica* é muito importante e de diagnostico difficil. Kraepelin fala na modalidade *paranoide*, mas o distincto collega, Dr. Ulysses Vianna, lembrava a necessidade de se admittir a fórma *catatonica*.

São doentes que á primeira vista se tomariam como eschizophrenicos. Os phenomenos caracteristicos da eschizophrenia catatonica, como o negativismo, as estereotypias, os impulsos e a suggestibilidade, ahi tambem se encontram. Faltam, porém, a perda da affectividade, a perda de iniciativa e associação extravagante de idéas.

Facto importantissimo é que o tratamento especifico consegue curar radicalmente estes doentes que se affiguravam como incuraveis.

O distincto e mallogrado collega Dr. Supplicy de Lacerda, em sua bem elaborada these sobre "Perturbações mentaes na Syphilis Cerebral", apresenta duas excellentes observações, em que se documenta bem esta modalidade clinica.

Póde haver a agitação catatonica ou o estupôr catatonico. Ha então muitas allucinações, particularmente do ouvido.

A fórma paranoide é constituida por uma systematisação delirante num doente de syphilis cerebral. Corresponde no seu aspecto clinico, até certo ponto, á fórma paranoide da eschizophrenia á paraphrenia ou ao delirio systematisado allucinatorio chronico. Podem occorrer allucinações. Não é, porém, isto indispensavel.

Póde o mal vir de repente ou de vagar. Muitas vezes ha préviamente inquietação, ansiedade, irritabilidade, desconfiança e depois surgem as idéas delirantes com ou sem allucinações. Idéas de grandeza, de perseguição ou de ciume são as que preponderam.

Em muitos casos a systematisação delirante é um tanto frouxa.

Não ha perda de affectividade, nem de iniciativa. Disturbios da cenesthesia são communs. Não ha, porém, aquella puerilidade de concepções que na paraphrenia testemunham o abaixamento do nivel intellectual. Quando ha idéas persecutorias, muitas vezes refere o doente, serem multiplos os perseguidores.

A auto-accusação, com idéas de peccado, embora menos commum, póde tambem ser observada.

Na pluralidade dos casos não ha obnubilação da consciencia, nem tão pouco qualquer reducção da memoria.

E' commum contrastar subitamente com uma tranquilidade apparente e absoluta, uma crise de agitação que se exteriorisa num impulso. E' o effeito das allucinações que collocam o individuo como um desconfiado e um irritado.

A's vezes vem inopinadamente uma crise epileptica ou um insulto apopletico. Kraepelin chama muito a attenção para o facto de que nestes casos ha commummente coexistencia de phenomenos de meningo-encephalite mais ou menos circumscripta ou de arterite.

Quando o mal se localisa nos vasos, prefere os pequenos vasos cerebraes.

Como é bem sabido, a syphilis póde-se localisar nos grossos vasos, acarretando hemorrhagias, thromboses ou embolias cerebraes que finalisam no amollecimento mais ou menos diffuso.

Na fórma paranoide o que ha, é a lesão multipla em pequenos vasos. Disto, diz Kraepelin, não ha provas anatomicas seguras, mas prepondera o mesmo raciocinio que explica a pathogenia da epilepsia syphilitica que deriva

commummente de lesões multiplas de pequenos vasos cerebraes.

A's vezes o doente tem a sensação de que está ficando um pouco differente do que era, e diz que tudo quanto nelle se opera, é o effeito de feitiço que lhe prepararam os inimigos. Quer a fórma catatonica, quer a paranoide não são muito frequentes.

Nonne, escrevendo a proposito da catatonia na syphilis cerebral, refere-se a um só caso, consignando que Westphal tambem só teve um caso.

Casos ha em que á primeira vista, se pensa em delirio systematisado allucinatorio chronico, nos quaes um exame mais detido e o optimo e rapido tratamento anti-syphilitico, fazem com que se perceba que houve apenas um syndromo delirante systematisado allucinatorio no decurso da syphilis cerebral. Mais de um caso tenho tido nestas condições. Os prodromos do mal não são rigorosamente iguaes ao da entidade clinica e a sua evolução é curta. No entanto, ha o mesmo encadeamento logico de idéas entretido por allucinações do ouvido que systematisam um delirio persecutorio.

No que concerne á paraphrenia, ha, ás vezes, um syndromo paraphrenico e idéas delirantes, entretidas por allucinações, e coexistindo com depressão do nivel intellectual, se observam. Neste typo ha sempre muita puerilidade de conceitos.

Abrangendo na rubrica de paranoide estes feitios da syphilis cerebral, talvez se não faça obra muito precisa, mas inquestionavelmente se soluciona bem o problema clinico, enfeixando numa unica rubrica delirios systematisados com ou sem allucinações.

Nos *disturbios mentaes tabidos* é preciso haver grande cautela para se não tomar como taes, casos em que ha concomitantemente paralysia geral e tabes dorsualis. Ahi o disturbio mental é perfeitamente explicavel pela meningo-encephalite chronica difusa.

Os casos que se filiam rigorosamente á syphilis cerebral, são os em que havendo tabes, por exemplo, se desenvolve um delirio que lembra muito o allucinatorio dos alcoolistas, havendo grande excitação e muitas allucinações. Em alguns doentes ha periodos de profunda tristeza, em que se sente a consciencia dolorosa da doença, mas em que ha allucinações muito intensas que, ás vezes precedem ou coexistem com a propria cegueira ou surdez.

Ha não raro um feitio paranoide no delirio. Outras vezes, ha um delirio de sonho, com visões paradisiacas e idéas que suscitam alegria.

Doentes ha, em que de repente surge um delirio de perseguição ou de grandeza, com allucinações, particularmente do ouvido.

Ha como outra modalidade de syphilis cerebral os *disturbios mentaes heredo-syphiliticos.* Um dos factos mais curiosos é a modificação no modo de sentir e proceder do individuo victima da heredo-syphilis.

Actúa elle como pessôa sem caracter, commette desatinos, revela-se máu e desamoroso: faz-se um rigoroso tratamento anti-syphilitico e o individuo soffre uma verdadeira regeneração social.

Rumpf chama a attenção para os disturbios nervosos na heredo-syphilis que encontra numa percentagem de 13 %.

Ha, ás vezes, parada de desenvolvimento physico, coincidindo com uma certa curteza intellectual. Hensen, no "Deutsche Medizinische Wochenschrift", n. 34, de 1924, assignala como elemento de valor para o diagnostico physico da heredo-syphilis a atrophia do maxillar superior que considera mais frequente do que o nariz em sella, e mais significativo do que o dente de Hutchinson que se póde encontrar segundo elle, em outras doenças constitucionaes.

Neste typo clinico se encontram no cerebello cellulas multi-nucleadas de Purkinje e no cerebro cellulas com dous nucleos, além de alterações nas cellulas e fibras medullares que testemunham um estacionamento no periodo embrionario.

Heubner encontrou uma percentagem de 23 % de crianças idiotas oriundas de syphiliticos com historia clinica apurada. Em muitos casos ha a coincidencia de epilepsia.

Homén descreveu um typo de lues hereditaria tarda, em que se observam paralysias e curteza mental. Ha ahi vertigens, cephaléas, dysmnesia, espasmos, contracturas, ataxia, tremores, demora no aprender a falar, etc.

As autópses revelam lesões cerebraes de endarterite, atrophia de fibras no lóbo frontal, modificações ligeiras nas cellulas pyramidaes e proliferação de nevroglia.

Os disturbios mentaes na heredo-syphilis surgem antes dos 15 annos.

O Dr. Ulysses Pernambucano, em optima these sobre "algumas manifestações nervosas da heredo-syphilis", apresenta diversas observações, em que se constata o atrazo intellectual em heredo-syphiliticos.

Outros autores buscam simplificar o estudo clinico da syphilis cerebral, descriminando os disturbios mentaes que nella se constatam, consoante o periodo clinico, em que surgem.

Assim, André Barbé, em um numero da "Presse Medicale", de 7 de Julho de 1920, publicou um excellente artigo em que estuda bem a questão das psychoses syphiliticas. Diz elle, apoiando-se em Victor Parant, que o termo deve ser empregado num sentido vasto para comprehender os disturbios mentaes que derivam da syphilis.

Ora, esta póde condicionar multiplas doenças mentaes e será sempre preciso distinguir o que caiba directa e immediatamente á syphilis, e o que della indirectamente emane.

Antes de tudo, penso que no problema da neurasthenia syphilitica que surge, ás vezes, no periodo primario, será sempre preciso distinguir o que caiba ao receio natural e logico das consequencias da lues constatada, e o que pertença a um estado psychasthenico provocado ou por ella incrementado. O grande abalo emotivo que o reconhecimento da doença provoque, póde determinar uma neurasthenia, em que a syphilis actúe como elemento de commoção, sem que haja qualquer absorpção de toxinas especificas a vulnerar a cellula nervosa.

Weygandt-Roubinovitch chamam bem a attenção para os syphiliticos syphilophobos.

Claro está que não figura no problema a hypothese de syphilis imaginaria e sim o de ser ella verdadeira.

Goldsmith e Savage affirmam que no periodo primario ha mais casos de abalo moral do que de acção especifica do germen.

O suicidio póde então occorrer como um effeito do desespero diante da realidade do mal.

No periodo secundario ha muitas vezes o feitio confusão mental. Esta, que attesta um processo toxi-infeccioso que compromette a nutrição cerebral, surge commummente, quando apparece, no fim de 40 dias do cancro duro. Juntam-se encephalalgia, rachialgia, dysmnesia, desorientação auto e allo-psychica, obnubilação intellectual, insomnia, asthenia, zoadas, abolição dos reflexos rotulianos, demora nos reflexos pupillares, disturbios gastro-intestinaes e urinarios e ligeira hyperthemia.

O delirio onirico póde tambem ser verificado .Muitas vezes ha profundo torpor.

Convém sempre descriminar o que caiba a habitos alcoolicos anteriores e o que corra por conta de qualquer outra toxi-infecção.

Não se poderá desprezar a prova de laboratorio e muito se deverá ter em consideração o effeito vantajoso do tratamento bismutho-mercurio-iodo-arsenical.

Fournier limita o termo de fórma mental da syphilis cerebral ás manifestações que surgem no periodo terciario. Fallet diz que ellas nada possuem de pathognomico e correspondem a processos anatomopathologicos como meningo-encephalite, arterite e neoplasma. Entra aqui em scena a questão do virus neurotropo e, portanto, a idéa de haver uma modalidade da Spirocheta pallida que ao contrario da fórma dermotropa, selecciona no seu ataque os centros nervosos, deixando muitas vezes silenciosos os periodos primario e secundario. De facto, são frequentemente os syphiliticos mais silenciosos nos periodos primario e secundario os que vão ter accidentes mentaes mais sérios.

Ainda ahi o syndromo confusão mental póde ser constatado. Birnbaum chama a attenção para o facto de ahi haver diminuição sensivel da memoria, decadencia moral, indifferença, crises allucinatorias, além de ictus apoplectiformes ou epileptiformes, cujo apparecimento vem aggravar o estado confusial e reduz o nivel intellectual.

E' o periodo em que predominam a hemiplegia, a aphasia, a apraxia, a dysarthria, as paralysias oculares e as contracturas.

Arsimoles e Halberstadt admittem tres feitios clinicos: o confusional, o periodico com excitação ou depressão e o paranoide com delirio mais ou menos systematisado.

Claude e Lévi-Valensi chamaram a attenção para a existencia na fórma confusional de apatetamento, diminuição da affectividade e apathia.

Na amnesia póde ser verificado o facto curioso, referido por Krafft-Ebing, de se mostrar o doente deslembrado do modo de fazer um calculo, ao passo que consiga ainda falar corretamente uma lingua estrangeira.

Chaslin, Portocalis, Claude e Levy-Valensi chamam a attenção para o syndromo de Korsakow ligado á syphilis.

Na fórma periodica que lembra muito a psychose maniaco-depressiva, é preciso prestar attenção á presença de allucinações, constituindo-se segundo Plaut, allucinoses agudas ou chronicas. Este facto é importante signal differencial. Na fórma depressiva ha muitas vezes idéas de suicidio, sitiophobia e receio de estar envenenado.

Na forma expansiva ha como feitio um delirio vaidoso e idéas de cunho pueril.

Dupré e Charpentier chamam a attenção para a difficuldade em separar esta fórma da paralysia geral.

Na fórma paranoide ha um delirio pouco exuberante, com idéas pouco coherentes e mal systematisadas de grandeza, ciume, perseguição, influencia, com allucinações visuaes, auditivas, gustativas ou olfactivas.

E' a modalidade que lembra muito a eschizophrenia e corresponde á fórma schizophrenica que já descrevi. Wunderlich diz que a syphilis imprime ao cerebro um cunho indelevel e prova disto é que, mesmo quando o delirio se esvai, perduram reducção do nivel intellectual e difficuldades de memoria. Finckl diz que, ás vezes, parece que o individuo readquiriu por completo a sua capacidade intellectual.

Ha, demais, manifestações do chamado periodo quaternario, paralysia geral e tabes, e as de syphilis hereditaria.

O *diagnostico differencial da syphilis cerebral* é relativamente facil, si tomarmos bem em conta os elementos que já foram expostos.

A differenciação da *neurasthenia* faz-se como já assignalei, attendendo a que o mal veiu directamente da infecção syphilitica, a que ha frequentemente perturbações da memoria, instabilidade nervosa, difficuldade na elaboração do pensamento, disturbios multiplos da cenesthesia, dôres fórtes, vertigens, embaraço em tomar qualquer deliberação; presença do signal de Argyll-Robertson e fórmula leucocytaria do liquido cephalo-racheano em que ha reacção de Wassermann positiva no sangue.

As provas de laboratorio têm sempre uma grande significação diagnostica.

Charles Foix e Marcel Bloch dizem, em trabalho publicado na "Gazette des Hopitaux", em numeros de 29 de Junho e 6 de Julho de 1912, que ha um minimo de caracteres, sem os quaes não ha syphilis cerebro-espinhal: são a albuminose e a lymphocytose do liquor cephalo-racheano. Quanto ha reacção de Wassermann positiva no sangue e no liquor, além dos outros dous elementos, ha o testemunho decisivo e maximo de uma syphilis nervosa.

Si houver apenas Wassermann positivo no sangue, haverá syphilis, mas a lesão nervosa não será syphilitica. Si o Wassermann fôr negativo no liquor e as outras reac-

ções forem positivas, haverá grande probalidade de ser syphilitica a lesão nervosa.

Si o Wassermann fôr negativo no serum e as outras reacções positivas, poder-se-ha affirmar que ha syphilis nervosa. Eskuchen diz que nos casos de syphilis cerebro-espinal a percentagem de Wassermann positivos no liquor excede em 10 % á no sangue, ao passo que na tabes a differença seria um pouco menor e nulla na paralysia geral, facto este ultimo contestado por Kafka, com o qual não então de accordo Plaut e Eicke.

Si com 0,2 já ha reacção positiva no liquor na paralysia geral, na syphilis cerebral é preciso dose maior para que a positividade se constate.

O competentissimo Prof. Dr. Adauto Botelho, em excellente conferencia do curso de aperfeiçoamento de 1932, synthetisou muito bem o *contingente diagnostico do liquor* em psychiatria. Mostrou que a reacção do *ouro colloidal* na syphilis cerebral traduz-se por uma floculação mais precoce e mais accentuada nas menores diluições (1:40, 1:80), quasi sempre não alcançando o 7.° e 8.° tubos, chegando ao azul (4), em poucos momentos (30), servindo como exemplo 34 43 10000.

Na reacção do *mastique* ha floculação maxima, tendendo para a direita, embora mais francamente iniciado no 2.° ou 3.° tubo: curva caracteristica 00123321000.

A reacção do *benjoin colloidal* póde não distinguir bem a tabes da syphilis cerebral. São tambem muito uteis as reacções de *colophonia* (Piza e Pestana), *colophonia bicorada* (Helion Povoa) e a de *Takata-Ara.*

Outras provas ha modernamente de grande significação clinica em favor da syphilis cerebral, como a do benjoin colloidal (de Guillain, G. Laroche e Léchelle), a do ouro colloidal (de Lange), a da gomma mastic (de Emmanuel), a do permanganato (de Rovéri), a do elixir paregorico (Réné Targowla), a do azul de Berlin (de Kischeberg), etc.

Jeanselme dizia que o unico signal humoral de certeza de neuro-syphilis, é a reacção de Wassermann positiva no liquor, mostrando-se ella, porém, positiva em mais de uma punção lombar.

Charles Foix e Marcel Bloch dizem que Wassermann positivo no sangue e no liquor, albuminóse e lymphocytóse testemunham syphilis meningo-nervosa; do mesmo modo, si houver Wassermann negativo no sangue, ha syphilis meningo-nervosa em começo ou extincta, si a albu-

minóse ou lymphocytóse forem negativas e as outras positivas, ha syphilis possivel, não certa, quando a albuminóse e o Wassermann no liquido se mostrarem negativos, ou a lymphocytóse com o Wassermann.

Vernes estabeleceu modernamente uma reacção para *syphilimetria.*

Diz elle que serve para medir a intensidade da infecção syphilitica. Acrescenta elle que a syphilimetria mede a syphilis, como o thermometro mede a febre.

A reacção de Vernes emprega o hydrato de ferro amarello, associado a quantidades progressivamente menores de sôro normal humano. Si se tratar de um sôro de individuo syphilitico, haverá nos tubos de ensaio intensa floculação, nitidamente desviada para a esquerda. A base da reacção consiste na superfloculação do sôro syphilitico em relação ao sôro normal.

Póde-se por ella, além de se medir o gráo de infecção syphilitica, avaliar si está aproveitando, ou não, um dado tratamento especifico.

Póde succeder que o individuo já seja um neurasthenico quando adquirir a syphilis, que, portanto, della não seja causa.

Não será por conseguinte um caso de neurasthenia syphilitica.

Curioso é, no entanto, assignalar Nonne, que nestes casos póde, ás vezes, o tratamento anti-syphilitico concorrer para a cura da neurasthenia, que não será, todavia, em cousa alguma por elle melhorada nos doentes em que não houver lues.

Tenho visto casos de neurasthenia não syphilitica, em que, particularmente. o tratamento mercurial applicado por outros clinicos acarretou accentuada asthenia e positiva aggravação do mal. Em qualquer hypothese convém sempre não descurar a investigação das provas de laboratorio.

O diagnostico differencial com a *psychose maniaco-depressiva* é, ás vezes, difficil.

Quando se inicia um processo meningitico de causa syphilitica, póde haver um estado de grande excitação que lembre muito a mania.

Westphal chamou recentemente a attenção para syphiliticos que se apresentam com um estado permanente de hypo-mania, com idéas de grandeza variaveis e exaggero de consciencia do seu proprio valor. Acredita elle que taes casos derivem de microscopicas alterações vasculares

e de disturbios nutritivos de causa toxica, que se focalisam no systema nervoso.

Barnabé chama a attenção para os casos em que a psychose maniaco-depressiva e a syphilis cerebral coexistem, sem que aquella dependa desta.

Nos casos em que tal succeder, será natural que se assignale ter havido anteriormente crises outras, sem que então houvesse qualquer disturbio de fundo syphilitico.

Quando o mal depender da syphilis cerebral, elementos importantes para o diagnostico serão um certo gráo de obtusão intellectual e uma certa puerilidade dos conceitos delirantes.

Quando predominar o typo melancolico e depender elle da syphilis, haverá mais asthenia, ansiedade, allucinações e tendencia do suicidio.

Nunca se deverá olvidar a documentação do laboratorio. O distinctissimo Assistente da Clinica Dr. Adauto Botelho acha que se deve admittir uma fórma maniaco-depressiva da syphilis cerebral, em que ha o aspecto clinico daquella, mas os dados de laboratorio são em favor de lues nervosa e o tratamento especifico determina a cura.

No diagnostico differencial com a *confusão mental*, este recurso tambem de muito servirá, pois, ha casos que no seu feitio clinico muito se assemelham.

No que concerne ao *alcoolismo*, Nonne diz que embora o individuo tenha tido syphilis, as tres reacções no liquido cephalo-rachidiano serão negativas.

O diagnostico differencial com a eschizophrenia póde ser difficil. Ha mesmo as fórmas catatonica e paranoide que tal testemunham.

Como já disse, servem para demonstrar que se trata de syphilis cerebral e não de eschizophrenia, não haver perda de affectividade, nem de iniciativa, nem associação extravagante de idéas, o grande resultado obtido com o tratamento especifico, as provas de laboratorio, a intercurrencia de ictus e a menor extravagancia de idéas delirantes.

O diagnostico differencial com a *paralysia geral* é, ás vezes, bem delicado.

A syphilis cerebral póde representar um ponto de passagem para a paralysia geral.

Importa muito a differenciação, pois esta é incuravel e inquestionavelmente mais grave do que aquella.

A presença de allucinações tem grande valia, pois não existem na paralysia geral, em que poderão apenas ser um enxerto de fundo alcoolico.

Demais, haverá a favor da syphilis cerebral a amnesia lacunar, a falta de notavel *deficit* mental, o facto de não existir positividade em todas as reacções de Nonne, a existencia de lesões em fóco, o resultado vantajoso do tratamento, a associação disparatada de symptomas de lesões em fóco, a maior frequencia da aphasia, a ausencia de dysarthria caracteristica da meningo-encephalite chronica diffusa, a existencia de paralysias oculares e tremor menos accentuado na escripta, bem como falta de deformações.

Henderson diz que o Argyll-Robertson, raro na syphilis cerebral, é commum na paralysia geral. Esta opinião, porém, não deve ter sancção absoluta. Assignala elle que a syphilis cerebral tem geralmente um começo mais agudo, caracterisado pela cephaléa, vertigens e paralysia dos nervos craneanos, havendo raramente alteração da palavra igual á da paralysia geral ou tremor tão accentuado.

Lortat Jacob diz que nos casos de syphilis cerebral de evolução lenta ha como recurso importante de diagnostico a abolição do reflexo cutaneo plantar, contrastando com a integridade da reflectividade tendinosa, e coincidindo com perturbações da memoria, da affectividade e do caracter.

Marchand, Abély e Bauer, em artigo na Presse Médicale, de 10 de Março de 1926, chamaram a attenção para estados demenciaes syphiliticos, não progressivos.

Estes casos são parecidos com a paralysia geral ou a eschizophrenia.

Distinguem-se da primeira pelas provas de laboratorio e quanto á segunda, muitas vezes se englobam na fórma eschizophrenica da syphilis cerebral.

Bisgard, no "Ugeskrift Far Lager", de 1912, diz que na paralysia geral a maior parte da albumina do liquido cephalo-racheano precipita pelo sulfato de ammoneo, ao passo que na syphilis cerebral só uma pequena parte precipita.

Segundo muito bem assignalaram os Drs. Ulysses Vianna e Arthur Moses, em trabalho cuidadosamente elaborado, publicado nos Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria, convém sempre empregar o methodo de Hauptmann e Hoessli que mandam usar na pesquiza do Wassermann no liquor quantidades crescentes do liquido, até 1 cc^3, pois com pequena quantidade a reacção póde apresentar-se negativa. Pelo methodo do reforço obtiveram elles em 53 casos, 51 vezes resultados positivos. Ora, na paralysia geral, mesmo com pequena quantidade de liquido, a reacção só excepcionalmente será negativa.

A proporção de casos positivos é na paralysia geral de quasi 100/100. Os Drs. O. Galloti e Schettino apresentaram na "Révue Neurologique" um trabalho, em que tambem preconisam o methodo do reforço no pesquiza do Wassermann, verificando que a phase I de Nonne e a pleocytóse provam que o systema nervoso central ou as meninges têm uma lesão organica.

Na syphilis cerebral o tratamento consegue modificar as reacções do liquor cephalo-racheano ou do sangue, o que difficilmente se conseguirá na paralysia geral.

Fournier tambem chama a attenção para o facto da syphilis cerebral apparecer num prazo mais curto, depois do cancro inicial, do que a paralysia geral.

No que diz respeito á *arterio-esclerose cerebral* são caracteristicos desta, cephaléas, vertigens, impossibilidade de dizer na ordem inversa os dias da semana ou os mezes do anno, citação rapida dos nomes dos animaes ferozes.

As provas de laboratorio distinguem tambem um caso do outro. Casos ha em que a syphilis coincide com a arterio-esclerose.

A's vezes, aquella preparou o apparecimento desta. Nonne fala em lesões arteriaes de individuos syphiliticos ainda moços e pessoas em presénium.

Jakob, Löwenstein, Robustow, Malamud demonstraram alterações chronicas determinadas pela syphilis, nos vasos do cerebro.

Jakob diz que nas syphilis cerebral a degenerancia da parede do vaso é excepcional, ao passo que na arterio-esclerose cerebral é frequente.

A syphilis dos pequenas vasos (Nissl-Alzheimer) coincide com a arterio-esclerose.

No que concerne á *paraphrenia*, ao *delirio systematisado allucinatorio chronico* e á *epilepsia* o diagnostico não será difficil e delle já tive ensejo de me occupar.

O *prognostico* da syphilis cerebral, com os recursos modernos de therapeutica, não é sempre desfavoravel. Muitos casos ha em que se póde assegurar cura completa.

O *tratamento* consiste no uso dos grandes remedios: *mercurio, iodo, arsenico e bismutho.*

O *arsenico*, o *bismutho* e o *iodo* vão na syphilis nervosa, cada vez mais, occupando a preponderancia sobre o mercurio.

No entanto, segundo o methodo classico, póde ser utilisado na syphilis cerebral, com vantagens que absolutamente não existem, quer na paralysia geral, quer na tabes.

Besnier apresenta um methodo eschematico de tratamento que deve ser utilisado, logo que a syphilis tenha sido constatada. Consiste elle em fazer durante o 1.º anno, tratamento mercurial um mez sim, outro não; no 2.º anno, durante quatro mezes; no 3.º anno, tres mezes, mercurio, e tres mezes, iodeto; no 4.º anno, tres mezes mercurio, e tres mezes iodeto; no 4.º anno tres mezes, iodeto, e dous mercurio; e no 5.º anno apenas dous mezes de iodeto.

Em 95 % dos casos este tratamento evita qualquer accidente serio terciario. Milian apresenta como methodo de tratamento: 1.º — uma série de injecções intra-venosas de 914, de 5 em 5 dias, nas dóses de 30, 45, 60, 75, 90, 105, 105, 105; 2.º — uma série de 9 a 12 injecções de oleo cinzento (8 centigrs.), sendo uma por semana, uma nova série de 914, igual á 1.ª; 4.º — uma serie de injecções intra-musculares de quinino-bismutho, em numero de 18, na dóse de 2 a 3 cc³, de 5 em 5 dias; 5.º — iodureto de potassio, na dóse de 5 grs. diarias, durante um mez.

Si, porém, o mal já está adiantado e si o doente é examinado já com syphilis cerebral, é preciso agir mais energicamente.

O tratamento mercurial póde ser feito por meio de injecções de saes mercuriaes soluveis ou insoluveis.

Dos primeiros devem ser preferidos o *cyaneto, o bi-iodeto e benzoato de mercurio;* dos insoluveis, o *calomelanos* e o *oleo cinzento.*

Quando emprego os saes soluveis, prefiro receitar na dóse de 2 centigrs. por empôla, porque assim se fazem apenas tres injecções por semana e não injecções diarias.

Evito prescrever injecções intravenosas, porque entendo, de accordo, aliás, com auctores modernos que qualquer que seja a solução de mercurio para injecção intravenosa, ha sempre um choque colloido-classico embora pequeno, que póde acarretar grande mal estar. Demais, á força de se fazerem injecções intravenosas, fórma-se um certo endurecimento na veia, um ligeiro processo de phlebite, e em pouco tempo, as veias ficam muito duras e se não prestam para injecções. No entanto, nas injecções intra-musculares ha o defeito de doerem muito e haver por isto necessidade de se addicionar um pouco de cocaina ou succedaneo desta, o que não deixa de ser inconveniente.

O *cyaneto de mercurio,* sal soluvel, por mim preferido, é, segundo Touraine, o mais activo dos saes mercuriaes, é muito diuretico e não provoca erythrodermias, ictericia ou quaesquer phenomenos secundarios ou tardios de natureza toxica.

Martin cita, porém, dous inconvenientes: dar muita dôr no local da injecção e acarretar facilmente estomatites.

O pranteado e notavel professor Marcio Nery preferia o *benzoato de mercurio.*

O *salyrgan* é preparado mercurial que emprego muitas vezes quando, ao mesmo tempo, tenho a preoccupação de obter um grande effeito diuretico.

Está hoje demonstrado que a acção especifica do *mercurio* na infecção syphilitica é devida essencialmente á sua toxidez electiva sobre o agente infeccioso da syphilis que foi descoberto por Schaudin e Hoffmann em 1905 e é um esporozoario, o Treponema pallidum, conhecido geralmente com o nome de *Spirocheta pallida.*

Injecções intra-venosas de *sublimado corrosivo* poderiam ser aconselhadas pelo facto de se saber que o sublimado tem um poder de destruição do Spirocheta pallida muito mais forte do que o proprio 914. No entanto, ellas têm o inconveniente de dar um choque colloido-classico, ás vezes fórte, ser o producto muito alterante, modificador da crase sanguinea, determinando, outrosim, uma anemia muito accentuada e provocando lesões renaes.

Dos saes insoluveis, prefiro o oleo cinzento, fazendo-se de qualquer delles apenas uma injecção por semana. Touraine diz ser o cyaneto de mercurio o mais activo dos saes mercuriaes, cuja acção diuretica foi preconisada por Milian, Blumer e Schwab. Não acarreta erythrodermias, ictericia ou outros phenomenos toxicos secundarios ou tardios.

Em communicação feita á Academia Nacional de Medicina e publicada no "Brazil Medico" de 23 de Junho de 1923, tive occasião de assignalar que em varios doentes meus vira aggravado um estado de excitabilidade nervosa com o uso do sulfureto de mercurio. Este preparado que é muito proveitoso nos casos de rheumatismo articular, fazia com que pessoas nervosas ficassem exaltadas, num nervosismo accentuado, com vertigens, affliçâo na cabeça, inquietação interna, máu humor, aborrecimento de tudo e de todos. Attribui o mal ao enxofre que se associára ao mercurio, sendo que aquelle augmenta muito o tonus vascular e determina uma irritação dos vaso-motores cerebraes, o

que explica uma tendencia congestiva que se poderá traduzir mesmo por crises epileptiformes.

Tenho observado a frequencia de vertigens e palpitações naquelles que fazem uso de qualquer preparado, de que seja base o sulfureto de mercurio.

Demais, qualquer que seja o preparado mercurial que se empregue, delle se não deve fazer abuso, pois como naquelle artigo tambem assignalei, póde haver palpitações, ansiedade precordial, oppressão anginiforme, inquietação geral, irritabilidade e excitabilidade exaggerada. Polotschnow assignalou anemia, Colson e Trousseau, tendencia ás hemorrhagias.

Klemperer e Leutert chamam a attenção para o rim mercurial. Stokvis fala numa hysteria mercurial e Déjérine, na pseudo-tabes hydrargirica.

Leredde fala no emmagrecimento progressivo. Cita-se a frequencia com que surge a insomnia.

O tratamento pelas fricções de unguento napolitano é um máu tratamento, pois não só é muito pouco asseiado, como nunca se sabe bem exactamente a quantidade que é absorvida. Em alguns dias póde entrar uma quantidade minima, e num dado dia, dar-se uma absorpção maxima e haver gengivite intensa e quéda de dentes.

O uso de mercurio por via gastrica é tambem um máu processo.

Frequentemente o estomago e o intestino se resentirão e no fim de pouco tempo será indispensavel suspender o tratamento.

Nas crianças, porém, como as dóses são minimas e as injecções difficilmente poderão ser supportadas, o tratamento por este processo poderá convir, julgando eu que apezar de tudo, seja elle melhor do que o das fricções de unguento napolitano.

Carrieu aconselha o mercurio colloidal electrico pela via endo-racheana. Retira elle de 12 a 18 cc³ de liquido cephalo-racheano e injecta 2 cc³ de uma solução isotonica estabilisada contendo um miligrammo de mercurio colloidal electrico por centimetro cubico.

E' este um processo muito perigoso. Ha commumente uma grande reacção local, a que se póde seguir grande reacção geral, sendo demais, a quantidade de mercurio que é absorvida, minima, pois, afinal, a absorpção se vai dar pelas veias das villosidades da dura-mater.

E' como bem assignala o Prof. Dercum, no seu notavel trabalho dos "Archives of Neurology and Psychiatry", um processo que não é logico, nem scientifico. Diz elle neste excellente artigo publicado em Março de 1920 que é sabido que o liquido cephalo-racheano tem sua origem principal nos plexus choroides dos ventriculos lateraes, donde passa através do foramen de Munro para o terceiro ventriculo e deste pelo aqueducto de Sylvius para o quarto ventriculo. Dahi, reforçado pelo liquido formado pelo plexus choroide deste ventriculo, passa elle através dos foramina de Luschka e contestavel foramen de Magendie para a cisterna cerebellar. O aqueducto de Sylvius é muito estreito e sua obstrucção acarreta a dilatação dos ventriculos lateraes e terceiro. Os foramina de Luschka e de Magendie são igualmente muito pequenos.

O liquido que tem de passar para a columna vertebral, soffre não raro obliterações nestes pontos, onde evidentemente a passagem tambem será vagarosa e difficil quando o caminho fôr inverso, isto é, viér da medula para o cerebro.

Cushing chama a attenção para o facto de que o liquor ventricular e o espinal não são exactamente identicos em sua composição, sendo que no ventricular ha maior percentagem de assucar e menor de globulina do que no outro.

Weed demonstrou que o liquido cephalo-racheano passa das villosidades da arachnoide para os seios venosos da dura-mater.

Segue-se d'ahi como muito bem confirma Halliburton que as substancias diffusivas introduzidas no espaço subarachnoideo passam rapidamente para as veias. E' afinal uma absorpção pelas veias que se vai dar, muito mais longa, mais vagarosa e custosa.

Dercum assignala que as substancias introduzidas no liquor passam pelas villosidades da arachnoide para o systema venoso, sem que absolutamente penetrem no menor gráo no parenchyna do systema nervoso central.

O 914, injectado na columna vertebral, em dóse de 3 a 6 milligs. approximadamente, do mesmo modo que o mercurio, 2 milligrs. pouco mais ou menos, irrita a medulla e qualquer delles será aproveitado pelas veias em dóses microscopicas.

Deduz-se claramente deste artigo muito bem elaborado que a idéa de melhor aproveitar o tratamento feito pela

via endoracheana não tem razão de ser, por isso que a dóse introduzida é minima, em quantidade ainda muito menor vai ser absorvida pelas veias e se não vai pôr em contacto mais facil com a propria cellula nervosa. E' muito mais logico e facil introduzir a substancia medicamentosa directamente nas veias, em dóses muito mais fortes.

Se num ou noutro caso, confirma Dercum, ha uma apparencia de melhora, é signal de que approveitou a descompressão medullar pela retirada do liquor ou a ligeira irritação medullar que o remedio provocou, actuando como um sinapismo ou abcesso de fixação.

Sachs, Benedict, Sicard e Bloch demonstraram que o 914 introduzido nas veias vem a apparecer no liquido cephalo-racheano, pouco mais ou menos uma hora depois.

Sicard e Paraf, em 4 de Novembro de 1920, assignalaram dois casos de injecções endo-racheanas de serum humano, tirado do proprio doente, após injecção intra-venosa de 914, as quaes acarretaram a morte dos pacientes.

Lortat-Jacob e Paraf verificavam accidentes pareticos ou algicos após injecções novarsenicaes na columna lombar.

Wittgenstein que aliás é partidario do tratamento endolombar, diz que na syphilis cerebro-espinal ha uma grande sensibilidade e que nunca se deve passar da dóse de 2/3 de milligramma de 914.

O tratamento pelo *iodeto* deve ser feito em dóses diarias de 1 a 3 grs.

Auctores ha que aconselham dóses maiores, mas se não faz mistér tal.

Quando o estomago não tolerar o iodeto, poder-se-ha usar o methodo de Klemperer, que aconselha as injecções intra-venosas a 10 %, podendo-se injectar 50 cc^3, duas vezes por semana. Não é um processo isempto de risco. As dóses de iodeto que são absorvidas, são menores que pelo outro meio, havendo apenas utilidade em se poupar o estomago.

O tratamento *arsenical* far-se-ha vantajosamente á custa do 914 e da *hectina.*

O 914 não deve ser dado em dóses altas como antigamente se fazia. Nunca se deve passar de 30 centigrammas.

No entanto, modernamente, na Fundação Graffré-Guinle, o Dr. Mathias Costa que com muita competencia tem feito observações bem interessantes, tem conseguido injectar

intra-venosamente dóses bem fórtes de 914, dando ao mesmo tempo injecções de hepato-aminas Pian, extracto de figado a servir tambem como vehiculo de 914.

Tem consignado ausencia de accidentes e melhoras sensiveis.

Póde-se fazer uma injecção de 8 em 8 dias, durante 8 semanas, ou utilisar o processo moderno de Sicard que aconselha injecções de 15 centigrammas, diarias ou em dias alternados.

Publicou elle um excellente artigo na "Presse Médicale", de 8 de Maio de 1920, em que aconselha séries de 15 injecções, com repouso num prazo correspondente. F. Mott, em excellente artigo no "The Lancet" de 6 de Janeiro de 1903, chama bem a attenção para os cuidados que se deve ter no emprego do 914.

Quanto mais velho o individuo, mais cauteloso se deve ser na dóse, no methodo e na frequencia da applicação. Devem ser tomadas em particular consideração as doenças do coração, dos pulmões e particularmente dos rins. As urinas devem ser examinadas e repetido o exame duas vezes por semana durante a applicação do 914. Deve-se interromper esta, si apparecerem cylindros granulosos. No entanto, assignala elle, na albuminuria syphilitica são menos nocivas pequenas dóses de 914 do que injecções de preparados mercuriaes.

Como accidentes dos arseno-benzóes Milian analysa as quatro modalidades: syphilo-recidivas, os accidentes devidos á reacção de Herxheimer, os accidentes biotrophicos e os trophicos.

Nas syphilo-recidivas engloba as neuro-recidivas e as hepato-recidivas.

Entre as primeiras ha as paralysias dos nervos motores craneanos: nervo motor ocular commum, o facial, o auditivo e o optico. Discute-se si se trata realmente de um effeito toxico do 914 ou de uma manifestação de natureza syphilitica, consequencia de um tratamento não bastante energico.

Varios auctores diziam ser elle um remedio perigoso, porque tinha grande affinidade pelo systema nervoso, era neurotropo. Milian disto discorda e diz que a paralysia do motor ocular commum é parcial como sóe occorrer na syphilis, e a do facial se somma muitas vezes á do acustico, em consequencia de uma meningite basilar syphilitica que compromette dous nervos visinhos como o facial e o acus-

tico que sahe do sulco bulbo-protuberancial, perto da linha média.

Benario diz que os accidentes são inversamente proporcionaes ás dóses de 914.

Milian lembra que as neuro-recidivas apparecem depois do tratamento e, muito frequentemente, quatro a seis semanas depois das injecções de 914. Muitas vezes coincidem com o apparecimento de placas mucosas, irites, etc. Demais se curam pela continuação do uso do arsenical.

No que concerne ás hepato-recidivas, convém discutir a questão da icterica que durante o uso do 914 se apresenta em 5 % dos casos, e depois delle em 95 %.

E' ella differente da que se encontra na spirochetose hemorrhagica, na ictericia catarrhal infecciosa e na ictericia da colica hepatica com suas dóres caracteristicas. E' um syndromo quasi typico que orienta logo no sentido de syphilis. Não ha febre, a lingua é côr de rosa, não ha dôres fortes, ha uma grande fadiga generalisada e uma cephaléa que se exacerba durante a tarde ou á noite. Sendo o arsenico um dos maiores venenos da cellula hepatica, é logico que se attribúa a elle a causa do maleficio, mas Milian diz que no caso ha um accidente de syphilis não bem tratada, já pelo facto de insufficiencia de dóses ou grandes intervallos.

Dá-se o nome de reacção de Herxheimer ao conjuncto de reacções no organismo consequentemente á lucta entre o virus syphilitico e o remedio. Quer com o mercurio, quer com o bismutho, quer com o 914, póde ser verificada a reacção que no entanto, se mostra muito mais nitida com este ultimo que é vaso-dilatador e põe mais em evidencia reacções inflammatorias e hepaticas. Em alguns doentes ha reacções febris, com calafrios demorados, dôr de cabeça e ansiedade.

Ehrlich dizia que este estado febril dependeria da libertação das toxinas do treponema. Representa um testemunho de syphilis rebelde.

Os accidentes biotrophicos e os trophicos têm menor importancia. Têm sida assignalados erythemas, quer do typo urticariforme, quer do escarlatiniforme, quer do maculoso, etc., edemacia da face, reacções febris muito accentuadas, nauseas, vomitos, cephaléas, crises de diarrhéa, affluxos de calor em pontos diversos do corpo, etc.

A crise congestiva geral é tambem chamada crise nitritoide por causa de sua analogia com a brusca congestão que o nitrito de amyla provoca. Depende ella, segundo

Ravaut e Danysz, da instantanea precipitação do medicamento no serum sanguineo e se approximaria dos phenomenos conhecidos com o nome de anaphylaxia.

Ha uma congestão laryngéa, com a sensação de aperto e pigarro incessante, polypnéa, vertigens, ansiedade, congestão das conjunctivas, olhos lacrimosos, pulso muito rapido, afogueamento do rosto, vermelhidão da parte superior do corpo e ás vezes de todo elle, incontinencia de urinas, podendo haver cyanóse e perda de sentidos.

Em alguns casos a crise nitritoide toma outro aspecto, ha a crise larvada, em que apparecem dyspnéa, vertigem, angustia precordial e uma dôr viva e pouco demorada na região lombar, dependente de congestão renal.

E. Finger, em interessantissimo trabalho publicado no "Wiener Klinisch Wochenschrift", n. 4, 1921, diz que a syphilis nervosa se tornou ultimamente muito mais frequente, em consequencia de modificações que o tratamento mercurial, a principio, e depois o 914 vieram trazer ao classico decurso primitivo da infecção que nos seculos XV e XVI decorria quasi unicamente com lesões graves da pelle, mucosas e ossos.

No campo, diz elle, é raro o apparecimento de lesões metasyphiliticas e se mostra commum a syphilis cutanea, mucosa e ossea. O contrario se verifica na cidade, em que o tratamento moderno é largamente feito.

Kaposi, Neumann, Engelkeimer, Tirconier e Schustir abundam nas mesmas idéas.

Gennerich, auctoridade de valor excepcional, baseiando-se em uma observação de oito mil casos em dez annos, tambem se mostra impressionado pelo augmento da syphilis do systema nervoso nos grandes centros.

Verificou Gennerich no Hospital de Marinha de Kiel que a syphilis não tratada pelo 606 fornece um liquor pathologico em 59,5 % dos casos, ao passo que aquella, em que se emprega no inicio o mercurio e mais tarde o Salvarsan, dá liquor pathologico em 84,7 % dos casos.

Gennerich explica o facto, dizendo que, emquanto o tratamento anti-syphilitico esterilisa facilmente todo o resto do corpo, permitte o desenvolvimento dos spirochétas nos fócos meningeanos pouco accessiveis á therapeutica que por outro lado diminue as defesas immunisadoras e póde ainda determinar directamente um certo gráo de excitação meningéa.

Diz elle que a solução do caso seria o emprego de injecções endoracheanas repetidas de Salvarsan, facto con-

tra o qual se revolta Finger que critica o numero de injecções, vinte ou trinta, e aconselha a que se faça uma revisão scientifica dos dados de Gennerich que na realidade se não acham concordes com o que outros observadores têm constatado.

Com effeito, quem quer que applique o 914 em casos de syphilis nervosa ou mental terá de render-se á evidencia de ser realmente o tratamento soberano e seguro nos seus effeitos. O eschizophrenoide syphilitico e o hemiplegico endarteritico servem para evidenciar a valia do recurso medicamentoso.

Sezary e Barbé preconisam o *stovarsol* que é um arsenico pentavalente. Empregam tres injecções sub-cutaneas, cada semana, de 1 gr. de cada vez, em séries de 21 injecções, havendo intervallo de 1 mez de uma série para outra. Outros arsenicaes como a *arfenamina* e a *tryparsamida* são elogiadas.

A hectina é um excellente remedio que poderá ser usado em injecções.

O *bismutho* representa actualmente o melhor tratamento da *syphilis cerebral.*

Outr'ora não havia cousa alguma superior ao 914. Particularmente quando se administravam dóses fortes deste, haveria uma esterilisação maxima em relação ao Treponema e a cura era definitiva. No entanto, foi-se ponderando que quem soffre do figado, não deve tomar arsenico, que este congestiona o cerebro, que têm sido observadas crises apoplectiformes e epileptiformes depois deste, sendo que com o bismutho isto se não verifica.

Quando ha nevralgias, o 914 augmenta e o bismutho diminúe. No entanto, o bismutho deprime muito e faz emmagrecer. Claro está, portanto, que não deve ser usado por quem estiver muito abatido e magro.

Li no Giornale di Clinica Médica, de 10 de Abril de 1926, um artigo de Cayrel, em que elle chama a attenção para a frigidez sexual, acompanhada de impotencia transitoria, que occorre depois do tratamento bismuthico. Isto se deu em cerca de mil injecções de bismutho.

Notava elle que depois que parava com o bismutho, a frigidez sexual cessava e a potencia voltava.

Por causa deste inconveniente do bismutho, não o prescrevo aos meus clientes que têm impotencia psychica, e que, já diminuidos da potencia sexual por effeito da imaginação, ainda a teriam aggravada, na realidade, pelo remedio.

Ultimamente, li um artigo muito interessante de Galliot, de 21 de Março de 1932, em que fala em *grippe bismuthica*. Diz elle que mais vezes do que a propria estomatite, ha um quadro clinico muito parecido com o da grippe, havendo mesmo em algumas pessoas o apparecimento de febre. São particularmente dignos de nota a asthenia e o cambreamento.

Em abril de 1928 veio publicado um artigo muito interessante de Louis Brin, na Revue Médicale Française, em que salienta a inocuidade em relação a risco de vida por parte de injecções de bismutho, de que, no entanto, naquelle tempo tres casos de morte, em consequencia dellas, tinham sido assignalados, muito provavelmente devidos a descuido no exame, o que fizesse com que se désse bismutho a uremico ou cardiaco, em más condições.

Assignala elle que o bismutho póde provocar nephrites mortaes com grande azotemia, o que já observara com o emprego da pasta bismuthada de Beck nas fistulas.

Leclercq, Vallée e Combemale mostraram que o bismutho se fixa melhor nos centros nervosos do que o proprio arsenico.

Simon e Lévy Bing mostraram em 1922 que o exame da funcção renal é sempre indispensavel durante o tratamento pelo bismutho porque em mais de um caso se tem notado albuminuria massiça. Kraele é partidario do emprego do bismutho nas prostitutas e no exercito, como um meio de prevenir a syphilis.

Chkoluikoff propoz a applicação obrigatoria do bismutho nos dispensarios sovieticos.

Synthetisando, poder-se-ha usar o mercurio, o iodeto e o 914, da seguinte fórma: uma caixa de empôlas de cyaneto de mercurio, dez dias de iodeto na dóse de 3 grs. diarias e uma série de 8 injecções de 914.

Crouzon, Emery e Weil applicaram com muito bom resultado na syphilis cerebral, ondas electricas curtas.

A *malariotherapia* preconisavel, não dá no entanto resultados tão brilhantes como na paralysia geral.

O Dr. Waldemiro Pires que com grande competencia tem empregado a malariotherapia, referiu ter colhido optimos resultados em casos com crises epileptiformes, com amnesia e atrophia do nervo optico e hemiplegia por endarterite.

Em optimo trabalho do mesmo autor em 1927, mostra elle as vantagens que ha tambem nos casos de neurorecidiva que é uma syphilis terciarisada pelo tratamento

arsenical insufficiente. Notou reducção das reacções inflammatorias do liquor após o tratamento pela malaria.

Kyrle aconselha a malariotherapia logo que um individuo tenha contrahido a syphilis, como um meio de prevenir a syphilis cerebral ou a paralysia geral.

A pyretotherapia por meio de injecções de *sulfosin* que dão reacção febril muito violenta, tem dado bons resultados a varios clinicos.

Hagueman, Sicard e Wallisch aconselham injecções intra-venosas de vaccina preparada com bacillo de Ducrey, do cancro molle.

Injecções de *leite*, de *tuberculina*, de *electrargol intra-venoso*, de *ouro colloidal* têm tambem sido empregadas com successo relativo.

Todos estes tratamentos têm, porém, um effeito menos brilhante do que o *bismutho* e o 914 que considero os mais efficazes na cura da syphilis cerebral.

Contrariamente ao que succede na paralysia geral e na tabes, na syphilis cerebral, o tratamento convenientemente applicado trará sempre resultados vantajosos em prazo relativamente curto.

DEMENCIA SENIL

Iniciando-se o estudo da demencia senil, deve-se antes de mais distinguir o que seja ella realmente do que significa apenas velhice ou senilidade.

Chama-se, em geral, velho o individuo que tem mais de 60 annos de idade. E' uma pura convenção, pois ha pessoas de 50 annos que parecem muito mais velhas que algumas de 60.

A senilidade é um estado pathologico que se desenvolve commummente na velhice, no qual ha um attestado de gasto do organismo. Póde ella, porém, apparecer mais cedo, dos 50 aos 60 annos, antes da epocha normal da velhice, mas isto não é o normal.

O natural é que quando o individuo entrar na velhice, como elle viveu a gastar esforços physicos e psychicos do seu organismo, comece a revelar a senilidade, caracterisada pelo cansaço mais facil, menor capacidade de attenção, imaginação menos viva, interesse menos intenso pelas cousas do mundo. Ha sempre o enfraquecimento pela velhice. Como bem diz a expressão. "Senectus ipsa morbus" ha uma atrophia geral dos tecidos do organismo, acompanhada frequentemente pela degeneração gordurosa ou calcarea.

No coração ha frequentemente hypertrophia e dilatação do ventriculo esquerdo, em consequencia de irem augmentando as resistencias periphericas. Ha menor irrigação sanguinea dos tecidos, decresce a quóta de hemoglobina. Os vasos-motores têm a sua actividade reduzida.

Toda regulação thermica do organismo se resente e ha commummente maior sensibilidade ao frio.

A physionomia da senilidade é influenciada, particularmente pela atrophia de ossos e musculos. Demais, cahem os dentes, o jogo das articulações é mais difficil, a pelle

fica mais secca, a calvicie evolue, a vista escassêa e o organismo todo vai decahindo mais ou menos rapidamente.

O normal seria sempre a velhice e, depois, a senilidade.

Mas o facto é que a humanidade vive a se intoxicar a cada instante, entretem uma vida de uma actividade maxima, porfia na lucta pelas posições, a se não precatar contra o exgottamento nervoso, e a resultante é vir a demencia senil quando devêra apenas haver velhice e senilidade.

Si estas representam contingencias naturaes e obrigatorias da idade, aquella representa uma doença mental.

Póde vir com o desfecho de uma psychopathia, póde occorrer como o primeiro disturbio mental que o individuo apresente.

Elemento fundamental para a caracterisação clinica é a perturbação da memoria. O individuo começa a se esquecer com facilidade das cousas. Deixa um objecto num logar e pouco depois se não consegue lembrar do ponto, em que o collocou. Sahe de casa com o objectivo de realizar um certo numero de cousas e logo se olvida do que tinha a fazer.

Ha desde o inicio, o esquecimento facil de nomes proprios. De qualquer pessoa com que fale, muitas vezes não consegue evocar promptamente o nome. Depois ha o esquecimento do nome de objectos communs, e, finalmente, de adjectivos, verbos e interjeições. E' sempre na ordem inversa da acquisição que a memoria se decahe. A lembrança dos factos antigos persiste muito mais tempo e muitas vezes é de surprehender a facilidade, com que um demente descreve detalhes de um episodio de sua meninice, elle que se não consegue lembrar dos pratos, de que na vespera se servira.

Póde-se comparar pittorescamente á situação do queijo fresco, cujas camadas superficiaes se descamam facilmente e se apresentam furfuraceas, emquanto as profundas se mostram endurecidas, resistentes.

A lei de regressão, estabelecida pelo Prof. Ribot, demonstra ainda que, além da perda das ultimas acquisições antes das antigas, ha tambem o desapparecimento dos conhecimentos mais complexos antes dos mais simples, dos mais abstractos antes dos mais concretos.

Primeiro desapparecem as idéas e, muito mais tarde, se apagam os sentimentos.

As acquisições organicas, os actos da vida automatica são os que mais resistem. Assim, um demente organico que já se não consegue lembrar de quasi nada, ainda conse-

gue lembrar-se de tudo quanto deve fazer para bem arrumar o seu vestuario, para bem se servir de seu alimento.

Na demencia senil, de evolução lenta e progressiva, é onde mais rigorosamente se observa a lei de Ribot.

Quasi que á medida que os factos vão sendo observados, vão sendo esquecidos. Ha a difficuldade em fixar, em gravar as cousas, portanto, commum se antolha a amnesia de fixação ou de conservação, perda da fixividade, no dizer do saudoso alienista Dr. Paulo Costa.

Só mais tarde se desenvolve a amnesia de reproducção ou de evocação e, muito tardiamente, a amnesia biologica (perda da memoria organica ou automatica).

Si o individuo conhecia varias linguas, esquece primeiramente a que por ultimo aprendêra. Pela perturbação da fixividade, novas acquisições não poderá fazer. Terá de se encastellar no passado e, por um mechanismo natural de defesa, louval-o-ha em demasia, revoltado sempre contra o progresso e evolução.

Assim é natural que o demente senil seja sempre um "laudator temporis acti". No tempo antigo tudo era bom, sério e honesto, ao passo que no tempo moderno a dissolução dos costumes testemunha a desorganisação social. O defeito da memoria, collocando-o numa situação de inferioridade, faz com que fique de lado e contemple com olhos vesgos e pessimistas a evolução que continúa.

Encorporado no seu patrimonio ideativo antigo vive do passado e sente-se bem dentro delle. Quando o tumulto do mundo e o progresso do meio o obrigam a se desviar do seu sonho do passado e a se engolphar na realidade, surge como protesto a irritabilidade. E', por isto, que o demente senil se mostra pouco condescendente com as crianças barulhentas, com a alegria ruidosa dos moços, com o tumultuar da vida moderna.

Frequentemente ha defeitos na orientação do tempo. Não consegue com facilidade dizer qual o dia, o mez, ou o anno. Da propria idade ha o olvidio.

Si a memoria já decahiu muito, não consegue o individuo lembrar-se do numero e da rua da casa, em que mora. Finalmente, o que testemunha o maximo do esquecimento, não se lembra mais dos nomes dos filhos, da mulher e até mesmo do proprio nome.

Muito frequentemente ha o baralhamento de cousas verdadeiras com imaginarias e no esforço de prehencher as lacunas de sua memoria, o doente as substitúe por fructos de sua imaginação. São factos, em que o doente esteve a

pensar e que nunca existiram. Outras vezes, são confundidos acontecimentos occorridos em tempos diversos. São, pois, communs neste typo clinico as illusões da memoria e a confabulação.

Quando o mal ainda não está adiantado, ha consciencia de que a memoria está fraquejando e em muitos casos é o proprio doente quem se lembra de recorrer ao medico.

A alegria e a tristeza se alternam, sem muita razão de ser. A's vezes, é uma alegria infantil, em que de tudo o individuo se ri e em que nas cousas mais desenxabidas acha uma graça extraordinaria.

Ha, frequentemente, o puerilismo psychico que lembra muito o do paralytico geral. Quando a tristeza occorre, vem immotivada e acompanhada por uma grande irritabilidade.

Em muitos casos, ha accentuado erotismo psychico. E' o caso dos velhos gaiteiros. Vivem a procurar themas de palestra, em que domina a immoralidade, e andam pelas ruas a procurar bolinar e requestar mulheres, esquecidos, em muitos casos, de que já estão absolutamente impotentes. Muitos se irritam quando qualquer dos seus pequenos caprichos é contrariado. Egoistas pela doença, querem que todos se sacrifiquem por elle.

O egoismo e a irritabilidade são os factores fundamentaes das alterações constantes que no meio mantêm.

Em muitos casos trocam a noite pelo dia e somnolentos durante este, vivem a andar á noite pela casa toda, a discutir, a procurar gatunos, a revolver o que lhes pertence, deslembrados do sacrificio que causam ao repouso dos outros.

Os symptomas somaticos da demencia senil são os mesmos da velhice commum, muitas vezes, porém, aggravados ou prematuros.

Ha o emmagrecimento, a fraqueza muscular, a diminuição de altura, a curvatura cervico-dorsal da columna vertebral, a quéda dos dentes, as rugas, a canicie, os olhos se encovam, perdem o brilho; cahem um pouco as palpebras; vê-se na cornea o arco senil. O ouvido fica fraco e ha zumbidos tenazes. Treme muito o corpo, particularmente na cabeça e mãos.

Antes de todos desapparece o reflexo cremasterico.

Muito commum é que se deparem todos os signaes clinicos da arterio-esclerose.

Frequentemente ha augmento de pressão arterial, da glycemia, do nivel cholesterinemico, diminuindo os phos-

phatos e a lecithina no sangue. Ha dystonia neuro-vegetativa com predominio do sympathico.

Ha tendencia á acidóse.

Kraepelin, na ultima edição de seu Tratado, admitte as seguintes fórmas clinicas de demencia senil: depressiva, estuporosa, delirio senil, presbyophrenia, delirio de perseguição senil e doença de Alzheimer. Penso que mais simples e muito mais logico seria uma divisão que formulo: *apathica, agitada, presbyophrenia e doença de Alzheimer*. Na classificação allemã não se cogita claramente do feitio agitado do demente senil que é muitas vezes visto. Demais, o delirio senil que se repete no delirio de perseguição senil, póde tomar modalidades diversas, desde o feitio paranoide até o confusional mais ou menos profundo.

Alguns auctores admittem uma *demencia apraxica*, em que ha demencia com apraxia e se verificam sob o ponto de vista anatomico, lesões parenchymatosas ou nevroglicas, alterações vasculares. E' difficil separar na clinica, demencias não vasculares e demencias com esclerose vascular cerebral diffusa.

A fórma *apathica* comprehende casos desde a simples depressão psychica até o profundo torpor.

O abatimento faz com que os doentes vivam somnolentos, entregues facilmente ao somno logo que fiquem mais demoradamente em qualquer lugar. Nada lhes dá interesse. O egoismo se accentúa. O defeito da fixividade faz com que as impressões se não fixem e, naturalmente, os factos recentes se olvidem.

O estado depressivo póde crescer a tal ponto que se constitúa um verdadeiro estupôr. Neste caso que lembra muito a modalidade estuporosa da melancolia ou a estupida da confusão mental, fica o doente indifferente a tudo e a todos. Não articula uma só palavra, não busca exonerar-se da urina e fezes e emporcalha-se com a saliva que escorre, sem que busque remover.

Muitas vezes, a asthenia é muito accentuada em certos dias, ao passo que em outros o doente se mostra relativamente bem. Depende isto de manifestações de sub-uremia. E' este o caso do demente que vai passando regularmente e que, de repente, se mostra muito apathico, apresentando poucos dias depois uma crise de uremia. E' igualmente este factor que suscita os episodios confusionaes, com ou sem agitação, dos dementes. Não é o factor unico, claro está, pois qualquer toxemia póde acarretar confusão mental, mas é dos de maior monta.

Quando ha o estado confusional, deve-se sempre fazer a dósagem de uréa no sôro sanguineo, pois tudo póde depender de uremia.

Pötzl, em artigo publicado na Medizinische Klinik, de 11 de Novembro de 1927, analysou muito bem os phenomenos clinicos decorrentes da claudicação intermittente das arterias cerebraes, em que o individuo se apresenta com perturbações visuaes, vertigens e paresthesia no braço e na perna.

Isto precede muitas vezes um insulto apopletico e é um testemunho de sub-uremia. Há, ás vezes, erythropsia (visão em vermelho), dependente de vaso-dilatação retiniana, paresthesias no dominio do cubital, enxaquecas violentas com syndromo hypertensivo. Estes symptomas precedem muitas vezes a demencia senil.

A's vezes, a fórma apathica é acompanhada por idéas de auto-accusação. Julga-se um grande peccador, merecedor de todos os castigos. Por sua culpa a familia toda já tem soffrido muito e varios têm morrido.

Outras vezes, é um syndromo paranoide que se desenvolve. Andam a tramar contra a sua vida. Querem punil-o pelos seus crimes. Ha o delirio de perseguição, com ou sem allucinações, com ou sem justificativa.

Tenho uma demente em casa de saúde que a chorar me pede sempre, não a deixe ser retirada de lá, pois querem matal-a na rua, pelo mal que fez.

Quando o estupôr se constitúe, é muitas vezes o fructo de uma avalanche de allucinações todas de caracter melancolico, que engolpham o demente numa convicção de desgraça irremediavel.

Em consequencia do estado demencial, são, não raro, impressas de um cunho pueril as idéas de perseguição ou de auto-accusação.

Outras vezes predomina o tom confusional que póde surgir sob a fórma de verdadeiras ondas, contemporaneas com crises de sub-uremia.

Como o proprio nome indica, a fórma *agitada* é caracterizada pelas crises de grande excitação.

São os dementes que vivem a gritar, a saltar, numa movimentação constante. Póde este feitio clinico desenvolver-se de repente, ou a pouco e pouco. Em muitos casos, ha, a principio, só durante a noite, a excitação. Levanta-se então o doente e põe-se a andar pela casa toda, falando sósinho, revolvendo objectos, provocando tumultos. Durante

o dia, exhausto pela noite mal passada, quêda deprimido e somnolento. Em pouco a agitação se prolonga e mesmo durante o dia não ha tréguas. Ainda ahi, póde haver episodios confusionaes e delirantes, com ou sem allucinações.

E' a fórma demencial que muitas vezes se encontra nos asylos, pois na apathica ainda a familia consegue, durante algum tempo, manter comsigo o doente.

Nesta fórma que abrange o verdadeiro typo de delirio senil, póde o doente tornar-se aggressivo e dominado por idéas delirantes, tornar-se assassino.

Um velho demente houve no Instituto de Psychopathologia que em casa, convicto de que iam matal-o, se armou de revolver e faca e, por traz de uma porta, investiu a ferir quem delle se approximasse.

A's vezes, defendem com logica as suas idéas delirantes, surprehendem pela falta de puerilidade que ahi existe, contrastando com a que em tudo mais se vê.

A disposição de humor que prepondera nessas crises de excitação, é a tristeza ou a irritabilidade.

Agitam-se, a exclamar que são grandes peccadores que são os culpados das desgraças que sobre outros cahiram, emquanto que em outros se verifica a irritabilidade contra suppostos ladrões, contra adversarios contumazes. Muito frequente é a agitação ansiosa, isto é, o facto de uma enorme ansiedade, de um mal estar extraordinario acompanhar a agitação. Dir-se-hia um doente de nervosismo que por meio delle reagisse contra os profundos disturbios de sua cenesthesia. E' muito raro que se depare muito alegre um demente senil agitado.

As idéas delirantes que preponderam, são as de ruina, hypocondriacas ou de perseguição.

As allucinações, particularmente da vista e do ouvido, que dominam o doente, accentúam e corroboram muitas vezes suas idéas delirantes. Ha, em alguns casos, estereotypias de palavras ou gestos.

Em alguns doentes se verifica uma verdadeira salada de palavras.

A *presbyophrenia* representa outra modalidade de demencia senil. O termo foi criado por Kahlbaum para significar uma psychopathia da velhice e adaptado por Wernicke para rotular uma entidade clinica que em 1900 fundamentou e em 1904 por Kraepelin foi adoptada. Kraepelin, Nouet e Halberstadt consideram-na uma fórma especial de demencia senil, ao passo que Régis, Truelle e Bessiére têm-na como um feitio de confusão mental.

Predomina no sexo feminino e, contrariamente ás outras modalidades clinicas, é caracterisada essencialmente por uma alegria pueril, e pela descripção pormenorisada num tom de absoluta convicção, de cousas puramente imaginarias ou absurdas, pela confusão de factos reaes com outros que nunca existiram, e pela facilidade de tomar como antigos conhecidos pessoas que pela primeira vez se apresentam.

Observando-se um presbyophrenico, tem-se a impressão de um grande mentiroso que pelas suas invenções de nós quizesse chasquear.

Os elementos fundamentaes da demencia senil nelle se encontram e por isso é que se deve ter a presbyophrenia como modalidade clinica de demencia senil.

Curioso é no presbyophrenico a grande affabilidade, com que se dirige ás pessôas.

Um doente ha no Hospital Nacional de Alienados, que compendia bem a symptomatologia da doença. Incapaz de repetir pouco depois a descripção de qualquer cousa que tenha visto, affirma, no entanto, muito risonho, conhecer perfeitamente qualquer um que delle se approxime. Chama-o por um nome qualquer, refere-se a factos imaginarios, em que ambos tomaram parte, principalmente episodios da guerra do Paraguay, em que diz haver desempenhado papel de heróe. Diz ter morto uma quantidade fabulosa de adversarios, tem uma posição social admiravel e nem uma só vez se dá por achado quando se lhe demonstra, tudo parecer mentira descabellada.

Jean Rouby, em sua excellente these, publicada em Paris em 1911, subordinada ao titulo "Contribution á l'étude de la Presbyophrenie", assignala o facto interessante de ser este typo clinico mais frequente nos dementes que antes já tinham o genio alegre.

A desorientação no tempo attinge a tal exaggero, que se vê o doente como no caso de Fischer, que tinha 70 annos, affirmar que tinha 22 e o pai 25.

A desorientação no espaço é igualmente muito accentuada e vê-se presbyophrenico internado ha muitos annos, declarar que apenas, ha dias, fôra recolhido.

Como muito bem diz Rouby, a confabulação póde ser espontanea ou provocada. Neste ultimo caso, entremeiando phantasias, póde o observador conseguir as affirmativas mais esdruxulas.

Segundo Hamel, será ella tanto mais rica, quanto menor fôr a amnesia.

De facto si o individuo tiver uma suppressão completa da memoria, não terá de que se lembrar a phantasiar. Os factos de que se recorda e com que preenche as lacunas de sua memoria, se sommam aos que a imaginação lhe fornece e o delirio lhe suggere. O delirio é frequentemente do typo onirico. O individuo assiste a uma série de factos que se desenrolam diante delle como num cinematographo.

Ha, segundo Dupré, uma diminuição de intelligencia muito mais apparente do que real. J. Lhermitte e Nicolas, no "Encéphale" de Dezembro de 1924, consideram a presbyophrenia de Kahlbaum-Wernicke uma variedade particular de demencia senil, caracterisada por perturbações profundas da attenção, da memoria, desorientação confusional accentuada, confabulação, falsos reconhecimentos, conservação relativa do raciocinio e actividade psychica.

Frisam bem que no caso sempre o elemento confusional se somma ao demencial.

Havendo Wernicke assignalado existir uma grande semelhança entre a presbyophrenia e a psychose de Korsakow, Dupré e Charpentier de tal modo acolheram a idéa, que consideram a presbyophrenia como uma psychopolyneurite. Isto significa que para elles só ella existe quando se depara uma polyneurite.

Jacquet admitte uma modalidade senil e uma polyneuritica. No primeiro caso, ha amnesia de fixação e desorientação, confabulação e conservação do bom senso grosseiro.

No segundo caso ha confusão mental, polyneurite e syndromo presbyophrenico passageiro.

Não me parece que seja indispensavel, nem tão pouco commum, a existencia de polyneurite, para que a diagnóse de presbyophrenia se firme.

O feitio clinico se approxima do da de Korsakow, porque em ambos os casos ha um syndromo confusional. Régis frisa bem o facto, quando busca accentuar o predominio da confusão mental em ambos os typos clinicos.

O Prof. Dr. Luiz José Guedes, em seu excellente trabalho sobre Presbyophrenia, assignala bem as lesões anatomo-pathologicas que neste typo clinico se encontram, mostrando-se partidario da doutrina que o filia á demencia senil. Dide e Gassiot accentúam haver quatro theorias pathogenicas para a presbyophrenia: ser ella uma modalidade

da demencia senil; ser uma variedade da psychose polyneuritica; ser dependente de uma insufficiencia hepato-renal que produz um estado confusional que se somma á senilidade ou á arterio-esclerose cerebral; ser consequencia de uma insufficiencia cerebral parcial, particularmente do lóbo occipital. Desta ultima pathogenia são elles partidarios, acreditando na existencia de uma estase venosa no lóbo occipital que acarrete perturbações variaveis das regiões da memoria visual.

Marinesco, Blocq, Seiler, etc. assignalaram na côdea cerebral dos senis a existencia de nodulos de esclerose neuroglica, pequenos, arredondados, de 60 micromillimetros e de coloração mais intensa que o resto do tecido nervoso.

Alzheimer constatou, mais tarde, além destes nodulos, a disposição das neurofibrillas em novêlos ou cestas, no lugar de cellulas desapparecidas.

Fischer, chamando placas os nodulos de Redlich, procurou-os em 16 casos de demencia senil e encontrou-os em 12, dizendo que nestes é que seria perfeito o diagnostico de presbyophrenia, pois as placas seriam pathognomicas.

Os auctores divergiram delle e buscaram accentuar que a placa era apenas um attestado de senilidade.

Simchowicz examinou 108 cerebros de velhos, quer dementes, quer arterio-escleroticos, quer normaes, e encontrou degeneração gordurosa das cellulas nervosas, modificação granulosa do protoplasma e as transformações neuro-fibrillares de Alzheimer, predominando as alterações nos lóbos frontaes e corno de Ammon. Considera como caracteristicas da involução e demencia senil. Teofil Simchowicz diz ainda acreditar que as placas senis (Drusige Nekrose) se desenvolvem do seguinte modo: depois da atrophia dos mais finos elementos da côdea cerebral, a rêde da nevroglia fica mais densa e os productos pathologicos do metabolismo ahi se depositam. Entre estes apparecem as cellulas nevroglicas que afastam estes productos. Os cylindricios na peripheria das placas são atacados em parte por lesões degenerativas, em parte irritativas. O tecido nevroglico circumvisinho reage sobre os depositos pela formação de grandes cellulas, cujas fibras tendem a encapsular o fóco inteiro.

As placas senis (Drusige Nekrose) que em francez se chamariam tambem geodes, seriam typicas de involução senil. Fischer mais tarde voltou a insistir, denominando Sphoerotrichia cerebri-multiplex o conjuncto de placas e

considerando tal facto caracteristico da demencia presbyophrenica.

Constantini observou um homem de 105 annos e encontrou muitas placas. Não era alienado.

Todos quantos do assumpto vêm cuidando, chegaram á conclusão de que as placas não são especificas da presbyophrenia e que se encontram em outras modalidades de demencia senil e na senilidade. Na demencia senil ha maior quantidade que na simples senilidade e na presbyophrenia se vê, por ser modalidade daquella.

No mesmo sentido opinava o Dr. Ulysses Vianna que, ha muito, ao assumpto vinha dando sua actividade.

Vê-se, pois que as pesquizas anatomo e histo-pathologicas vêm confirmar o que a clinica já demonstrava, isto é, que a presbyophrenia deve ser tida como uma fórma de demencia senil.

Outra modalidade clinica é a *doença de Alzheimer.* Della poder-se-hia dizer, a bem se comprehender, que parece clinicamente uma mistura de paralysia geral e demencia senil. Ha nesta fórma clinica uma grande decadencia intellectual, ao lado de uma notavel amnesia. Commummente se apresentam agitados, falando constantemente, dizendo cousas desconnexas, muito desorientados no tempo e no espaço. Ha frequentemente apraxia, agnosia, perturbações notaveis na palavra. A's vezes, a aphasia é completa outras vezes, ha defeitos na articulação da palavra, que muito se equiparam aos da paralysia geral. Vê-se a paraphasia, e, não raro, o repositorio de palavras se reduz a tal ponto que uma mesma palavra é repetida um sem numero de vezes, a proposito de tudo.

A demencia attinge ao gráo maximo e alguns doentes chegam á ponto de desaprender de comer.

Ha grande fraqueza nas pernas, marcha com passos miudinhos, ás vezes, contracturas, crises epileptiformes. Lhermitte assignala a presença de rigidez muscular predominante nos membros inferiores; collocando estes numa attitude de flexão identica á que se verifica nos velhos atacados de syndromo estriado.

Nas pesquizas histo-pathologicas se têm constatado numerosissimas placas senis e a destruição de quasi um terço das cellulas da côdea cerebral. Os feixes de fibrillas dispostos em cestas substitúem as cellulas que desappareceram. Ha proliferação de nevroglia, particularmente em torno das placas. A associação das duas lesões: placas senis

multiplas na côdea e degenerescencia fibrillar de Alzheimer é caracteristica da demencia senil de forma grave.

Bonfiglio, na sessão da Academia Medica de Roma, de 22 de Dezembro de 1918, discutiu longamente a questão e discorda de Kraepelin que pensa deve ser tida a doença de Alzheimer como uma entidade autonoma.

O estudo clinico e as pesquizas histo-pathologicas justificam a convicção de que seja ella um ramo de demencia senil.

Caron considera tambem como fórma de demencia senil a *doença de Pick.*

Distingue-se a *doença de Alzheimer* da *doença de Pick*, porque naquella a apraxia é mais motora, ha dysarthria, logoclonias, echolalia e perturbações no falar que lembram a jargonophasia logorrheica d'Anglade, ha apraxia ideomotora bi-lateral, ha confusão mental mais accentuada, turbulencia maior, fabulação não raro.

Em pesquizas post-mortem, vê-se que na doença de Alzheimer não tem a atrophia cerebral o caracter localisado que tem na doença de Pick, e as placas senis são muito mais numerosas, além das lesões neuro-fibrillares, caracteristicas, particularmente sob a fórma de cestas.

Na *doença de Pick* ha uma atrophia cerebral de localisação circumscripta, predominantemente fronto temporal, ás vezes occiptal.

Apparece em individuos de cerca de 60 annos e é caracterisada por uma demencia progressiva, com phenomenos de deficit verbal, perturbações agnosicas e apraxicas, falta de iniciativa, tendencia frequente ao mutismo, ás vezes echolalia. Coexistem tambem desorientação, desordem nos actos e na attitude, perda da capacidade profissional, do pudor, do tacto, do senso moral, da critica, da affectividade, incoherencia de propositos e de actos, glutoneria, sordicia, phenomenos de perseveração e estereotypias verbaes, palilalias, cegueira verbal.

Póde haver estados impulsivos, moriaticos, cantos, pseudo-bulbarismo, perturbações da marcha e da mimica, paresias diversas cachexia grabataria.

Em trabalho muito bem feito, na Presse Médicale, de 27 de Agosto de 1932, Paul Meignant descreve muito bem a doença de Pick ou atrophia cerebral circumscripta. Discute o problema de ser ella fórma de arterio-esclerose cerebral, psychose pre-senil ou demencia senil.

Lembra que foi em 1892 Arnold Pick, de Vienna, quem criou o typo de doença que retirou da *demencia senil.*

Chama muito a attenção para a aphasia amnestica que póde ir até a perda completa da linguagem, profundo esquecimento, desorientação, irritabilidade, labilidade extrema do humor, da alegria á tristeza, frequencia do puerilismo (o doente brinca com bonecas como uma creança). Quando a doença está adiantada, o individuo quasi não fala e apenas póde pronunciar algumas palavras ou mesmo algumas syllabas. Sob o ponto de vista histo-pathologico, a demencia de Pick caracterisa-se pela presença nas cellulas nervosas, de corpusculos argentophilos, descriptos por Alzheimer, Altmann, Schneider e Kufs.

Meignant considera a doença de Pick e a de Alzheimer como encephalóses, por não haver caracter inflammatorio, nem infeccioso, e sim degenerativo.

Heitor Pinero e Roque Orlando, na Argentina, em Janeiro de 1935, publicaram um artigo muito interessante a respeito da doença de Pick. Apresentaram uma observação muito bem feita, em que a autopsia demonstrou a existencia de uma atrophia lobar bi-lateral e symetrica, de localisação temporo-frontal.

O distincto Prof. Dr. Austregesilo Filho, em seu livro Estudos Praticos de Psychiatria, descreveu muito bem as doenças de Alzheimer e de Pick.

Assignalou que no Brasil fôra elle quem primeiro apresentára observação de um caso de doença de Pick, com confirmação anatomo-pathologica.

Expoz muito bem a caracteristica clinica e estudou os dados anatomicos histo-pathologicos.

Ha uma fórma — *demencia senil perniciosa* — individualisada por Osaka que se caracterisa por uma tendencia ao gemido, ao mutismo, ao negativismo, e mesmo á catatonia, signaes estes que fazem pensar demencia precoce. E' uma doença que evolúe muito rapidamente para a morte, em memrasmo.

Estudos modernos vêm-se preoccupando com a existencia de *symptomas clinicos extra-pyramidaes,* a no quadro da demencia senil.

No Cervello de 15 de Março de 1930 ha um optimo artigo de Giacomo e Guabrine, em que partindo da idéa de que a paralysia agitante depende de uma senilidade precoce (abiotrophica em alguns casos, arterio-esclerotica ou mixta

em outros), buscaram explicar para este facto, a relativa frequencia na demencia senil, de molestia de Parkinson, ou mesmo qualquer outro quadro extra-pyramidal.

Förster, Lewy e Jacob descreveram fórmas intermediarias entre a paralysia agitante e a demencia senil, como a *rigidez muscular arterio-esclerotica* e a *rigidez muscular senil.*

Na rigidez muscular senil, em que ha fortes contracturas nos membros inferiores, têm sido encontradas lesões de demencia senil, taes como numerosas placas senis na cortiça cerebral e espessamentos neuro-fibrillares de Alzheimer. Ahi os ganglios da base, particularmente o Strio-pallidum, apresentam degenerações lipoides muito intensas. Jakob assignalou na doença de Alzheimer, lesões do Striatum e menos intensas do pallidum.

Nos dementes senis é frequente defficiencia extra-pyramidal.

Poder-se-hia tambem ter como um ramo da demencia senil a demencia arterio-esclerotica, mas como aqui predominam os symptomas de arterio-esclerose e a demencia representa um epilogo desta, mais justo é que se attente no quadro clinico e se firme que a demencia póde vir depois da arterio-esclerose cerebral, da syphilis cerebral, etc. lembrando na sua symptomatologia clinica o que antes houve.

Uma psychopathia póde vir mais tarde a acarretar a demencia senil. Por causa della o cerebro se tornou um ponto de menor resistencia e isto facilita o apparecimento da demencia.

Em alguns casos, a doença mental como a paranoia, predispõe menos do que outras, mas nem por isso se póde excluir como outr'ora, como impossivel, o desfecho demencial.

Muitas vezes, porém, como já tive ensejo de assignalar, a *etiologia* não revela antecedencia de qualquer doença mental. E' o primeiro disturbio psychico que o doente tem.

Ahi se poderia desenvolver o problema pathogenico da senilidade, accrescida ou substituida por modificações biochimicas graves, por disturbios profundos de metabolismo que, em ultima analyse, resultam da falta de nutrição dos elementos nervosos, por alteração da parede dos vasos e da crase sanguinea, e da retenção de productos de desassimilação que não chegam a ser removidos por falta de activi-

dade cellular. Como já tive ensejo de dizer, a senilidade é um accidente irremovivel que todos em uma certa data idade apresentarão, ao passo que a demencia senil só se apresentará nos que soffrem toxi-infecções, que tiverem meiopragia cerebral, que não conseguirem manter uma perfeita nutrição em sua cellula cerebral.

A circulação collateral busca sempre dar sangue onde falta, mas ahi se trata de arteriolas terminaes e consequencia fatal da impossibilidade de remover a ischemia, é a destruição da cellula, depois que tiver consumido todo seu material de reserva. E' esta a genesis do amollecimento cerebral que é lesão da demencia senil.

Antes de haver atrophia que precede a morte da cellula, ha modificações na sua substancia chromatica, deslocamento do nucleo para a peripheria, proliferação de corpusculos lipoides. phenomenos que occorrem tambem nos processos toxi-infecciosos, o que bem demonstra que estes podem servir de transição para a demencia senil.

Os individuos que fazem uso habitual de alcool, que se servem de uma alimentação fortemente azotada ou muito condimentada que têm uma constipação tenaz, que soffrem de colites, em summa, que atravessam a vida, carregados de toxicos ou dominados por processos infecciosos, são os que mais facilmente passam para a demencia senil.

A syphilis e a arterio-esclerose são dous factores de grande monta. As emoções repetidas são elemento de grande valor, pois occasionam o exgottamento nervoso e este perturba profundamente a nutrição de um cerebro que já estava involuindo.

O papel dos disturbios endocrinicos vem sendo invocado modernamente como de grande monta.

Insufficiencia testicular ou ovariana representa causa de retenção de productos toxicos.

Tamemoir em trabalho publicado no "Virchows Arcriv, de 1914, procura explicar o processo demencial por meio de alterações do thymo.

Com os disturbios das supra-renaes muito se têm preoccupado os auctores e na acção toxica da adrenalina ha, positivamente, factor de grande monta para a genesis da arterio-esclerose e da demencia senil.

Phenomenos de insufficiencia hepato-renal são communs e representam o ponto de transição entre a retenção

de productos toxi-infecciosos e os disturbios do metabolismo das cellulas nervosas.

No que concerne á *anatomia-pathologica*, muito não ha que repisar, pois quando me occupei da presbyophrenia e da doença de Alzheimer, em muitos pontos já toquei.

Além dos processos proprios da arterio-esclerose de fórma cardio-renal, que muitas vezes precede a demencia senil, ha em quasi todas as visceras alterações caracteristicas de um processo involutivo.

No cerebro ha diminuição de volume e frequentemente se constatam adherencias das meninges, mormente na região frontal.

Com a atrophia cerebral coincide frequentemente um certo gráo de hydrocephalia externa.

Communs são os fócos de amollecimento, de dimensões maiores ou menores, corticaes ou sub-corticaes, bem como um pontilhado hemorrhagico mais ou menos diffuso, symptomatico de pequenas hemorrhagias capillares que de quando em vez se processam.

Ha atrophia diffusa das cellulas nervosas, mais accentuada, porém, nas regiões frontal e temporal. A massa de protoplasma e de seus appendices dendriticos diminúe. Ha uma degeneração pigmentaria e vê-se o protoplasma substituido por numerosas granulações amarelladas, corpusculos lipoides, que precedem a atrophia e morte das cellulas.

As neurofibrillas soffrem profundas modificações, quer na sua constituição chimica, quer no seu arranjo architetonico. Dellas já me occupei a proposito da presbyophrenia e da doença de Alzheimer.

A proliferação da nevroglia é muito accentuada, particularmente abaixo da pia-mater, em torno dos vasos e na substancia branca.

Importantissima, porém, para a caracterisação clinica é, sem duvida, a existencia das placas senis, bem estudadas por Blocq, Marinesco, Redlich e Fischer. Dellas ha uma parte central mais densa e escura, circumdada por um espaço mais claro e por um pontilhado diffuso. No meio deste ha grosseiras formações filamentosas, em grande parte de natureza nevroglica. Os methodos para a pesquiza da nevroglia demonstraram que este tecido faz parte das placas, com expanções hypertrophiadas e fibras numerosas, alem de cellulas hypertrophiadas que se localisam de prefe-

rencia na zona marginal. As placas senis sempre preferem os lóbos frontaes e o corno de Ammon.

Perusini e Simchowicz dizem que ellas sempre resultam de uma alteração da nevroglia que acarretaria a precipitação da substancia intersticial. Wada considera as placas como resultantes de uma necróse circumscripta, tanto dos elementos nervosos como da nevroglia, a que se seguiria uma reacção do tecido circumvisinho. Si bem que como se vê, a sua pathogenia ainda não esteja perfeitamente esclarecida, facto é que se lhe não póde negar valor diagnostico. Tinel diz que a verdadeira demencia senil é a demencia com placas que é uma doença geral que não tem qualquer relação directa, quer com a senilidade normal, quer com a arterio-esclerose cerebral. E' caracteristico, segundo elle, o accumulo na camada superficial da côdea cerebral de acidos gordurosos que determinam secundariamente fócos de irritação e destruição cellular, acabando pela atrophia progressiva da côdea. Em phases successivas as placas senis se vão constituindo. Neste interessante trabalho, publicado em 1924, diz ainda Tinel que esta noção anatomo-pathologica está de perfeito accordo com as noções da clinica, mostrando nestes doentes a existencia de phases successivas, em que se accentúa com um estado confusional mais ou menos pronunciado toda a série de disturbios demenciaes.

São communissimas as alterações vasculares e mesmo quando não existe o testemunho positivo de uma arterio-esclerose generalisada, não faltam signaes de atrophia ou degeneração das paredes dos vasos, sendo importantissimas as modificações estructuraes dos pequenos vasos. Basta dizer que as crises epileptiformes podem occorrer em dementes senis, sendo oriundas de lesões dos pequenos vasos. Em torno destes ha muitas vezes accentuada glióse e muitas vezes no "état vermoulu" de Pierre Marie, ha pequenos espaços vasios de substancias que representam cellulas mortas e restos de tecidos amollecidos.

Em redor dos vasos maiores ha corpusculos mylóides e muitas cellulas gordurosas na adventicia.

Quer na medulla, quer nos nervos ha atrophia mais ou menos accentuada.

O *diagnostico differencial* não é dos mais difficeis.

Afastadas as hypotheses de simples velhice ou senilidade, ha a distinguir da arterio-esclerose cerebral, syphi-

lis cerebral, psychose de involução, psychose maniaco-depressiva, confusão mental, paralysia geral e imbecillidade.

Deve-se investigar sempre si o individuo é capaz de repetir uma série de numeros ou nomes que se lhe digam, si é capaz de descrever um certo numero de objectos que se lhe mostrem e numa caixa se guardem, si é capaz de descrever actos que no dia ou na vespera tenham feito.

Compare-se a difficuldade em reter e descrever cousas recentes e a relativa facilidade com que se rememora factos antigos. Este feitio particular de esquecimento é muito proprio da demencia senil. Na *arterio-esclerose cerebral* ha particularmente, uma sensivel difficuldade em dizer, ás avéssas, os dias da semana e os mezes. Demais, ha dôres de cabeça, vertigens, modificação da pressão arterial, disturbios graves da funcção urinaria.

No que concerne á *syphilis cerebral,* de muito valem as provas de laboratorio. Demais, si ha um estado delirante, nelle avultam allucinações auditivas e delirio de grandezas. As lesões em fóco são communs e paralysias occorrem que em poucos dias se dissipam.

A *psychose de involução* se distingue, porque surge mais cedo, não ha disturbios tão sensiveis da memoria e predomina o feitio ansioso, havendo commummente queixumes, idéas de ruina e hypocondriacas.

A *psychose maniaco-depressiva* não tem no seu quadro clinico perturbações da memoria e tanto já bastaria para a distincção. Demais, vindo num velho, representa frequentemente a repetição de uma crise antiga e predomina sempre como de alta valia a alteração do humor, bem como a conservação da capacidade intellectual.

A *paralysia geral* é doença que vem mais cedo, dos guir os episodios confusionaes que na demencia senil se podem deparar, commummente reveladores de uremia. Na presbyophrenia e na doença de Alzheimer ha um aspecto de confusão mental, mas os predicados fundamentaes dessas fórmas de demencia senil, valem, de sobejo, para arrancar duvidas. Os dados anamnesticos vêm demonstrar na demencia senil o predominio de disturbios da memoria, ao passo que a incoordenação de idéas, a turvação da consciencia e o delirio onirico representam um enxerto.

A *paralysia geral,* é doença que vem mais cedo, dos 35 a 45 annos. Demais, ha a distinguir: as reacções de Nonne todas positivas, a amnesia absoluta, quer dos factos

recentes, quer dos antigos, o profundo e precoce compromettimento da auto-critica, a dysarthria, a puerilidade extrema, os delirios absurdos, etc.

Finalmente, na *imbecillidade* e na *idiotia* o individuo sempre foi o que é. Representa, no dizer de Esquirol, quem pobre nasceu e pobre vive, ao passo que o demente senil é o rico que ficou pobre.

Observando-se o passado, vê-se que não é difficil a differenciação.

A *therapeutica* da demencia senil não nos permitte a velleidade de suppôr cural-a. E' uma doença que resulta de um progresso de atrophia e destruição, e bem se comprehende que não é logico suppôr que se consiga curar, quando as cellulas já não existem e apenas perduram lacunas ou tecidos de enchimento.

Trata-se porém, de doente que vive muitas vezes na maxima immundicie e preciso se faz evitar que haja maceração de tecidos por fézes e urinas, além dos disturbios trophicos que a propria lesão cerebral já acarreta.

Usam-se para isso colchões especiaes com algodão em rama ou tecidos porosos, que impeçam a estagnação dos liquidos.

Com o mesmo objectivo se usa forrar as camas com quadrados comprimidos de algodão ou papelão.

Os banhos devem ser diarios e nelles uso mandar derramar um pouco de creolina, a tornar a agua um pouco leitosa e remover qualquer infecção cutanea.

Aconselho o uso de injecções de serum de Trunecek, a alternar com as de cerebrina.

Receito a seguinte fórmula:

Extracto fluido de abacateiro	100 grs.
Iodeto de potassio	5 grs.
Arrhenal	50 ctgrs.
Extracto de Strophantus hispidus	2 ctgrs.
Tintura de noz vomica	3 grs.

Tome duas colheres de chá cada dia, em agua, nas refeições.

Corrige ella a insufficiencia renal, regularisa a circulação, tonifica o myocardio e procura evitar a atrophia da cellula nervosa.

Emprego tambem injecções de sôro anti-senil, com bom resultado.

Como tonico cardiaco prefiro cardioaminas Pian, cardiazol ou coramina.

Na demencia senil, quando não occorrem episodios de agitação, de muito serve a estrychnina. Póde-se della dizer ser o pão dos velhos. Ao menor episodio confusional deve corresponder a maxima attenção para o rim e figado.

Uma sangria póde ser muitas vezes providencial. O uso de diureticos ou cholagôgos póde muitas vezes ser duradouramente necessario.

A kola é por muitos preconisada. Acho, porém que ella excita muito, pela cafeina que contém e que, não raro, provoca insomnia, apezar de que esta é, ás vezes, o producto da ischemia cerebral.

O phosphato, particularmente o phosphato de sodio, é muito aconselhavel. Injecções de tonofosfan são por mim frequentemente receitadas.

Si se não consegue curar o demente senil, póde-se envidar esforços para que se prolongue sua vida. E' o objectivo, de que se faz mister se não arredar quem delle cuide.

PARALYSIA GERAL

De todas as doenças mentaes é, sem duvida, a paralysia geral aquella que é mais conhecida em todos os seus pormenores.

Durante muito tempo o diagnostico de paralysia geral equivalia a uma verdadeira sentença de morte em curto prazo. No entanto, hoje em dia, depois da admiravel descoberta do notavel Professor Wagner Von Jauregg, a *malariotherapia,* o prognostico modificou-se de tal fórma que o pranteado e notavel Professor Mingazzini me disse de uma feita, que desejaria que todos seus doentes fossem paralyticos geraes, pois teria certeza de os curar. Assim sendo a mais conhecida de todas as psychopathias, é tambem susceptivel de cura.

Muitas designações lhe têm sido dadas, entre as quaes convém citar *paralysia muscular chronica* (Georget), *arachnitis e meningite chronica* (Bayle), *paralysia geral incompleta* (Delaye), *paralysia geral dos alienados* ou *periencephalo meningite chronica diffusa* (Calmeil), *loucura paralytitca* (Parchappe), *demencia paralytica* (Krafft-Ebing, Kraepelin), *ataxia psycho-motora* (Lunier), *encephalite chronica intersticial diffusa* (Magnan), *paralysia geral progressiva* (Joffroy, Ballet, Mendel, etc.).

A designação simplificada — *paralysia geral* — é a que foi adoptada pela Sociedade Brasileira de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal, em sua classificação.

A essencia da doença é uma peri-encephalo meningite chronica diffusa e a sua causa provada a syphilis.

Bayle, em sua these sobre Arachnitis chronica, em 1822, e em 1826, em seu Tratado das doenças do cerebro e de suas membranas, firmou a autonomia da doença, o que significa, no dizer de Baillarger que então pontificava, o maior progresso n'aquella épocha em sciencia mental.

Baillarger destacava symptomas delirantes que formavam a loucura paralytica, de symptomas demenciaes que

justificavam a demencia paralytica. Era a doutrina dualista que pouco durou, cedendo o lugar ás interpretações modernas unitarias que demonstram que tudo é feitio do mesmo mal cuja causa positivamente syphilitica ficou evidenciada nas pesquizas que apresentam o *Treponema de Schaudinn,* na propria massa cerebral. O Dr. Mario Pinheiro, competentissimo Director do Laboratorio Anatomo-Pathologico do Hospital Nacional de Alienados, foi quem primeiro no Brasil, em bellissima preparação, conseguiu evidenciar o Treponema em cerebro de paralytico geral.

Antes delle, em 1912, Noguchi e Moore tinham encontrado na cortex de paralytico geral o elemento productor da syphilis. Mais tarde, Noguchi, que em Fevereiro de 1913 encontrara em 70 casos, 12 vezes a presença do spirocheta, fazia novas pesquizas que apresentava á Sociedade de Biologia de Paris e evidenciava 48 resultados positivos em 200 casos.

Marinesco, Marie, Levaditi, Bancowski, Foster, Tomasczewski vieram mais tarde assignalar igualmente a existencia do Treponema pallidum. Forster e Tomasczewski acharam spirochetas em 74 % dos casos, fazendo puncções cerebraes. Valente tem uma estatistica de 70 %.

Jahnel, em 1921, encontrou-os em abundancia na côdea cerebral. A sua percentagem foi de 50 % dos casos.

Achou-os mais frequentemente no lóbo frontal, no temporal, no parietal e menos commummente no occipital.

Raramente se encontram na meninges do cerebello, na parede dos vasos da base, nas veias do cerebello e no cerebro medio. Sezáry diz que nunca se encontram nas meninges. Marie, Levaditi e Bancowski, em seu trabalho de 10 de Maio de 1913, assignalam que os treponemas existem de um modo constante na cortex cerebral de paralyticos geraes que succumbem em ictus apoplectiforme.

Dispõem-se elles em fócos mais ou menos circumscriptos. A doença seria devida á pullulação dos treponemas na côdea cerebral e ás lesões que ella provoca. A proliferação dos parasitas se daria em phases successivas, variando de um a outro caso.

Esta peri-encephalo-meningite chronica diffusa, provocada pela syphilis, tem symptomatologia complexa que, no entanto, durante algum tempo, no seu inicio, se apresenta velada e incompleta, havendo grande proveito em que o diagnostico seja feito muito precocemente, pois é este justamente o periodo, em que a therapeutica algo poderá conseguir.

Frequentemente, pouco a pouco se vai esboçando a *symptomatologia* caracteristica.

Régis chega a dizer que não ha doença que se estabeleça com mais vagar do que a demencia paralytica. Ha um longo periodo que elle domina *preparalytico* e que Christian chama *predelirante*, assignalando-o Legrand du Saulle como *periodo medico-legal*. Durante elle, as vezes, nada mais ha que um accentuado contraste entre o proceder actual do doente e o modo pelo qual antigamente agia. Assim houve no Hospicio o caso interessante de um sacerdote cujos prodromos do mal se constataram pelo facto de sahir elle pelas ruas de S. Paulo, dia claro, com duas meretrizes pelos braços. De outro sei eu que, funccionario honesto e respeitador, entrou a ostentar uma fortuna que não tinha, e a fazer dispendios, para a realização dos quaes se servia de dinheiro confiado á sua guarda. A despreoccupação com que evidenciava estar roubando, em contradicção com o seu criterio antigo, foi elemento que muito precocemente permittiu firmar o diagnostico.

Ha um artigo muito interessante, publicado no Journal des Praticiens, sobre *actos morbidos reveladores*, em que assignala casos muito interessantes e demonstra que esquisitice de conducta pode ser a primeira revelação da doença mental. Nelle se cita o caso de um notavel psychiatra francez, no qual a doença se iniciou pela pratica de uma série de leviandades, de actos incorrectos, de pilherias de máo gosto.

Narra o caso de um Deputado que, sem que previamente avisasse a esposa, convidou todos os Deputados e Senadores para um banquete em sua casa, o que ella muito pequena não comportaria, nem tão pouco seus escassos haveres permittiriam.

Cita o episodio de um medico que no seu gabinete de consulta se collocou nú diante de duas senhoras clientes, ás quaes elle queria demonstrar que sabia executar a dansa do ventre.

Na generalidade dos casos o doente não tem a menor suspeita do seu estado, mas ultimamente já se vão lobrigando casos, em que o individuo se sente doente.

A *auto-critica* frequentemente decahe e o individuo realisa diversas tolices, inteiramente despreoccupado de que as pratique.

Nota-se muito cedo uma *diminuição sensivel* da *capacidade intellectual.*

O individuo é incapaz de fornecer a mesma somma de trabalho util que antigamente.

Prova muito importante é, a meu vêr, a de Joffroy, que manda pessoas que lidavam anteriormente, com facilidade, com algarismos, realizar uma qualquer multiplicação.

Quando se trata de transferir as unidades de uma columna para a seguinte, o doente se esquece e o resultado de tal é que sempre sahe errada a multiplicação. Particularmente, em guarda-livros e engenheiros, o facto se torna muito frisante e isto em alguns me tem servido como unico elemento positivo para um diagnostico certo.

A *moralidade* se perverte consideravelmente e um cliente tive eu que acompanhado pela propria esposa, parou na casa de uma prostituta e nella penetrou, deixando á porta a mulher. Muitas vezes, no inicio, ha um grande erotismo que é ostentado, insinuando-se publicamente segredos de alcova.

Como o individuo vai ficando alienado, é natural que o egoismo vá preponderando sobre o altruismo, e, embora, ás vezes, faça garbo de uma grande generosidade, não hesita em sacrificar tudo ao seu bem estar e á realisação dos seus caprichos.

E' commum haver uma grande irritabilidade diante de qualquer desejo contrariado, perdendo-se inteiramente a compostura em publico.

O individuo ainda ahi não analysa a falta de razão para seus actos, em consequencia da falta de auto-critica que Dupré chama o symptoma psychico capital.

Não ha na paralysia geral signal ou symptoma algum que se possa considerar rigorosamente pathognomonico. No entanto, a falta de auto-critica tem enorme significação. Como muito bem assignala Dupré o individuo se não inquieta com ella e nella ha a genesis de muitos desatinos que vai praticando.

O enfraquecimento progressivo e inconsciente da intelligencia do doente se opera em alguns casos tão vagarosamente que as pessoas de casa nelle não reparam, ao passo que bem o constata quem passa algum tempo longe delle.

Commummente, desde o começo ha *disturbios da memoria*. Já me referi aos erros de multiplicação que delles dependem.

O individuo esquece com facilidade tudo quanto lê e fatiga-se com facilidade quando presta attenção a qual-

quer cousa. Curioso é que si chega elle a pereeber esta fraqueza de memoria e de attenção, como assignala Morandon de Montyel, não se emociona com isto.

Geralmente concorda com o que se lhe diz. Fal-o para evitar o trabalho de discutir e em consequencia do seu raciocinio já lhe não permittir grandes esforços.

A's vezes, ha um estado de alegria, exuberante e pueril; outras vezes, tristeza accentuada ou asthenia tal que lhe imprime a figura exacta de um neurasthenico.

Em consequencia da *aprosexia* que é commum na doença, o doente tem grande difficuldade em prestar attenção a ordens mais complexas que lhe sejam dadas, e commummente não consegue executal-as ou entremeia ou substitúe por um acto verdadeiramente disparatado.

A mimica, já neste periodo, se perturba e o doente faz gestos inuteis e desarrazoados.

Como muito bem diz o Dr. Rafael Rodriguez, de Montividéo, em seu excellente trabalho publicado na *Revista de Criminalogia, Psiquiatria y Medicina Legal* de Buenos Aires, de Dezembro de 1916, a aprosexia é muita mais responsável por isto, do que a falta de associação ideo-motora como pensa Dupré.

A's vezes ha uma certa *dynamia funccional* e o exaggero de actividade do individuo coincide com uma apparencia de maior capacidade mental. Muitas vezes, então, se entrega elle a obras de grande vulto, revela-se emprehendedor, sendo que já tem succedido o exito coroar uma obra ousada, cujos embaraços não foram bem sopesados. Não é raro que a familia invoque como testemunho de perfeita sanidade mental, mas ainda ahi a falta de ponderação e o contraste entre a ousadia actual e a timidez antiga chamam a attenção.

Em grandes especulações de bolsa já se têm arriscado, com exito, paralyticos geraes, neste periodo medico-legal.

Si se trata de litterato, produz elle mais e, ás vezes, ha apparentemente mais brilho no que vai escrevendo.

E' muito commum haver no periodo medico-legal o *abuso do alcool,* igualmente, ás vezes, em contraste com a sobriedade habitual do doente.

Não só se excede nelle como se torna mais susceptivel á sua acção, de sorte que delira com facilidade. Ha então numerosas allucinações, proprias do delirio onirico, o que póde concorrer ou para que se suspeite de diagnostico diverso, ou para que se acredite fazer parte obrigatoria do

quadro clinico da paralysia geral o elemento allucinatorio, o que não é exacto.

Ha, ás vezes, neste periodo *crises epileptiformes, apoplectiformes* ou *aphasicas.*

O apparecimento de crises epilepticas tem uma grande significação, desde que até então o individuo nunca as tenha tido.

Frequentemente falha a aura e o periodo comatoso é mais demorado do que habitualmente.

Os ictus apoplectiformes, ás vezes muito fugazes, são frequentemente acompanhados de paralysias mais ou menos duradouras.

Crises transitorias de aphasia tambem muitas vezes se observam.

Ha, não raro, *vertigens* repetidas.

Ha casos, em que o mal se inicia por *enxaquêcas* repetidas, seguindo-se, ás vezes, a uma dellas uma paresia com paresthesias do membro superior direito.

Paralysias fugazes do 3.º, 4.º e 6.º pares têm sido observadas. *Nevralgias* diversas, particularmente do trigemeo, são foreiras.

Muitas vezes já ha desde o começo uma certa *dysarthria* A principio, ha apenas um certo embaraço na articulação de certas palavras e, sobretudo quando se emociona, nota-se que o individuo articula com muito maior difficuldade.

As palavras linguaes, linguo-dentaes e gutturaes são as que com maior difficuldade são articuladas. A's vezes, o doente ainda fala bem, mas quando nervoso tem de proferir uma destas palavras, vê-se que com custo o faz.

Empregam-se como palavras de prova: anti-constitucionalmente, inamovibilidade da magistratura, transsubstanciação incomprehensivel da personalidade, flanella, prostituta, quarto regimento de cavallaria ligeira parallelepipedo, etc.

O Dr. Rafael Rodriguez propõe a seguinte interessante phrase: "Os famosissimos brandeburguezes foram terrivelmente atacados e postos em fuga pela ferocissima arremetida da muito valente e nunca bem avaliada divisão de ferro nos campos de Verdun, que serviram de sepulchro lapidante do temerario e legendario arrojo dos primeiros, assim como serviram para levantar o pedestal immortalisador da gloriosa divisão franceza".

O *tremor* é igualmente signal que precocemente póde apparecer.

Igualmente, torna-se elle mais nitido quando o individuo se emociona, notando-se, principalmente, no orbicular dos labios, nos zygomaticos, nos levantadores do labio superior e da aza do nariz, e nos dedos.

Em consequencia do tremor ha irregularidade da letra o paralytico geral, o que é tambem symptoma bem precoce.

Na lingua ha o tremor fibrillar e movimentos ataxiformes que se traduzem bem pela instabilidade e movimentos de thrombone de Magnan.

O tremor dos dedos torna-se mais accentuado quando o individuo faz qualquer esforço, sendo a média das vibrações de 6 a 8 por segundo e associando-se sempre a elle uma certa ataxia.

Na marcha já se nota uma certa *ataxia.*

A's vezes o facto só se surprehende quando o doente dá uma volta rapida.

Perturbações oculo-pupillares são muito communs desde o inicio.

As mais communs são: deformações pupillares, myosis ou mydriase, signal de Argyll-Robertson, reacção paradoxal de Pilcz e Westphal ou dilatação da pupila á exposição á luz, hippus ou contracções repetidas da iris. A desigualdade das pupillas de que se têm occupado os auctores, tem importancia muito secundaria, pois póde occorrer nos vicios de refracção, na simples myopia, na tuberculose incipiente ou nos aneurysmas.

A myose que aliás póde depender de causas outras como a uremia, não é tão exaggerada como na tabes, tendo communmente o feitio da cabeça de um alfinete.

A falta do reflexo á accommodação é menos frequente, existindo apenas em 26 % dos casos.

Antigamente se exigia para que houvesse Argyll-Robertson, que coincidissem myose, perda do reflexo á luz e conservação da accommodação. Hoje, dispensa-se a myose.

Póde ser uni ou bilateral.

Quando uni-lateral, a pupilla doente não reage á acção da luz sobre ella, nem á sobre a pupilla sã. No entanto, do lado são ha reacção quer á influencia da luz sobre ella, quer sobre a pupilla doente. E' que no estado normal o reflexo pupillar á luz é consensual e nestas condições a reacção se dará, quer á acção directa, quer á indirecta.

Disturbios da sensibilidade têm sido assignalados no começo, como a anesthesia testicular, descripta por Pitres,

e o esquecimento facil do lugar em que se tocou, assignalado por Ziehen.

Em 80 % dos casos, ha exaltação dos reflexos tendinnosos e diminuição dos superficiaes.

Entre os phenomenos curiosos que no inicio podem surgir, ha a possibilidade de encarar o sol, sem que haja ardor, e a falta de dôr á compressão do globo ocular.

Interessante é a *physionomia* do paralytico geral, em que se estampa um grande cansaço, sem que para tal haja motivo.

Ha um relaxamento nos traços physionomicos.

Ha frequentemente uma ligeira ptose dupla. Parece que o individuo está somnolento.

No periodo de *estado* ha uma accentuação de todos os symptomas já assignalados.

O *tremor* se torna muito mais intenso e generalisado, coincidindo com elle uma certa instabilidade.

A *ataxia* é muito mais nitida do que no começo, e na marcha já se desenha ella bem.

A *palavra* é cada vez mais tropega e entrecortada, e na lingua se constatam perfeitamente os movimentos de thrombone de Magnan.

Quer na musculatura labio-lingual, quer ao nivel dos membros, se depara commummente a coexistencia de paresia, ataxia, espasmo, e tremor.

Na dysarthria ha dous typos: o tremulo e ataxico, e o paretico e espasmodico. No primeiro ha incoordenação da palavra e grande tremor, sendo ella entrecortada, hesitante e incerta. No segundo é ella mais vagarosa, mais soletrada, mais cantada e mais firme.

Frequentemente ha disturbios na tonalidade da voz e no modo de respirar. Ha então o phenomeno chamado por Pierre Marie dyspneumia, em que a voz sahe soprada, apagada, aproveitando-se mal a columna de ar expirado.

Curioso é que muitas vezes a familia do doente indaga do medico si vai haver uma impossibilidade completa de movimentos, uma verdadeira paralysia, como o nome parece indicar. No entanto, tal não existe e, a rigor paralysia, nunca se vê.

Ha apenas commummente *paresia.* Ella se não depara unicamente na marcha e sim nas mãos.

Ha muito menos força e o dynamometro bem o assignala, quando se faz o exame depois de qualquer esforço. Ha uma fadiga facil.

Na *marcha,* além da paresia, se constata ataxia, espasmo e tremor.

No que concerne ás *perturbações da escripta* ha alterações psychographicas e calligraphicas. As primeiras dependem dos disturbios mentaes que o doente apresenta, e se salientam pelo descaso na escolha do papel, pelo abuso de letras desnecessarias e pelas idéas absurdas que na escripta se vasam. As calligraphicas dependem do tremor e da ataxia e se revelam pela irregularidade de letra.

Os *disturbios oculo-pupillares* se tornam neste periodo muito mais nitidos. Ha frequentemente Argyll-Robertson, myose ou midriase e hippus.

Ha commummente a *anesthesia do cubital* á compressão forte na goteira juxta-olecreana, que é o signal de Biernacki, de sorte que quando o doente bate com o cotovêlo na mesa, por exemplo, não apresenta a chamada dôr de viuva.

Ha o apparecimento de *dôres* esparsas, variaveis na sua séde e na sua intensidade.

Podem coincidir perturbações vaso-motoras e secretoras ou a anesthesia da pelle com a sensação de dôr profunda.

O ouvido póde ficar mais aguçado, havendo hyperesthesia. Ha, muitas vezes, diminuição ou mesmo desapparecimento das sensações gustativa e olfactiva.

Perturbações vaso-motoras e *trophicas* são communs.

Entre as primeiras convém assignalar os fogachos para o rosto, os resfriamentos das extremidades e a physionomia vultuosa. O oteomatoma que é uma bossa sanguinea volumosa que fica dentro da concha auricular, é menos frequente, desde que ha mais preoccupação em não brutalisar os alienados.

As *trophicas* são muito curiosas. Nas unhas ha uma série de sulcos, ficando muitas vezes mais espessas.

Zona, vitiligo e purpura são dermatoses que não raro surgem desde o inicio do mal.

Em relação aos *symptomas psychicos* ha a tomar em consideração as fórmas clinicas da paralysia geral.

Kraepelin admitte, na 8ª edição do seu trabalho, as seguintes modalidades clinicas: a *demencial, syndromo de Korsakow; depressiva* (estados de estupôr, catatonico e paranoide); *expansiva* (fórmas classicas e circular) e *agitada* ou *galopante.*

Na *fórma demencial* predominam os disturbios da memoria. Ha um esquecimento absoluto, quer dos factos recentes, quer dos antigos, parecendo que o individuo fez taboa rasa de tudo quanto aprendeu.

E' commum haver até o esquecimente do proprio nome, do dos filhos, da data do nascimento, ou numero da casa em que mora, e assim por diante, o olvido constante de cousas que se não esquecem com facilidade.

Em consequencia da amnesia global, ha grande difficuldade em se conseguir qualquer trabalho util. O proprio doente evita fazel-o e si faz qualquer esforço mental, fatiga-se com grande facilidade. Commum é a sensação de dôr ou pressão na cabeça. A familia accentúa que o doente dormita frequentemente no meio de uma reunião e que se distrahe a miúde.

O raciocinio é muito confuso e muitas vezes ha completa desorientação quer no tempo, quer no espaço.

As modificações do humor são frequentes e de uma alegria sem motivo passa o doente para a irritabilidade e tristeza extrema. Isto, porem, é pouco estavel, não havendo persistencia num mesmo estado de humor.

Idéas delirantes podem surgir que têm sempre como caracteristico, ser moveis, incoherentes, absurdas e contradictorias .

Curioso é que estas idéas delirantes, como geralmente succede na paralysia geral, são modificaveis pela suggestão, o doente se convence com facilidade de novos absurdos ou transforma os que ia inventando.

Nesta fórma as idéas delirantes pouco vulto tomam. Predomina o estado de apathia, de profundo desmemoriamento sem delirio, de indifferença pelas pessoas e cousas que o circundam.

Quando nas refeições, o doente se destaca pela voracidade com que se serve de todos os pratos, indifferente á qualidade delles.

Ha o esquecimento frequente de dinheiro e joias e o trabalho se torna impossivel pelo cunho demencial.

Em publico, a attitude chama muito a attenção.

Num grande descaso pelo vestuario e mesmo pela simples compostura, o paralytico geral se apresenta semi-nú, ou immundo, ou mal arranjado.

Um ou outro mantém uma certa linha, mas não é o commum.

Kraepelin diz ser a fórma demencial a mais frequente da paralysia geral.

Quando os dados clinicos são rigorosamente esmerilhados como em Munich, a estatistica demonstra tal facto.

Diz elle que esta fórma póde facilmente simular outros typos morbidos e é por isso que parece não ser mais commum.

No entanto, no Rio de Janeiro em que o diagnostico é feito com a maxima precisão, utilizando-se todos os recursos de laboratorio, parece-me não ser esta a mais frequente e sim a expansiva.

A estatistica de Munich assignala 54 % de homens e 73 % de mulheres, o que significa, portanto, mais de metade dos paralyticos geraes.

Quando se trata de mulheres, adolescentes ou crianças, é esta a fórma predominante, mas nos homens, a meu vêr, tal não occorre.

Segundo Junius e Arndt, nesta fórma a duração média da vida é de 30 mezes nos homens e 26 nas mulheres. E' commum o apparecimento de crises apoplectiformes ou epileptiformes que abreviam o desfecho fatal.

As remissões são relativamente muito raras.

Em alguns casos, o typo clinico de Korsakow se encontra e vê-se, ao lado dos symptomas cardeaes da fórma demencial, a coexistencia da perda da capacidade de fixação, desorientação no tempo e no espaço, fabulação, delirio metabolico e illusões da memoria.

A fórma *depressiva* comprehende os estados de estupôr, catatonicos e paranoides.

E' caracterisada por um tom sentimental de profunda tristeza, subordinado a idéas delirantes. Estas são sempre como já tive ensejo de assignalar, mutaveis, absurdas, multiplas, incoherentes e contraditorias.

Predomina ahi o feitio hypocondriaco e o doente acredita que tenha varias doenças graves, que esteja pôdre por dentro, que os ossos estejam molles, que os vasos estejam dilacerados, etc.

Como bem se vê, as idéas são absurdas e exaggeradas.

Idéas negativistas são communs e o doente se queixa de não ter mais nariz, nem olhos, nem estomago, etc., affirmando estar todo vasio por dentro.

Outras vezes ha a referencia a terem adquirido os braços e as pernas proporções descommunaes. Um se queixava de que estava transformado em cavallo, de que já havia morrido, havia muito tempo.

Quando ha idéas de auto-accusação, estas tomam feitio exquisito,

Assim o caso de um que se increpava de haver vivido impudicamente, de não ter amor.

Outro se accusava de ter andado pelos cemiterios a revolver sepulturas.

Idéas de perseguição podem desenvolver-se, em que ha uma certa obnubilação da consciencia e receio de cousas absurdas, como um que vivia perseguido por ordens de dever ter relações sexuaes com animaes.

Quando ha o desespero e tentativas de suicidio, estas são pueris como a de um doente do Hospicio que se golpeou com 40 canivetadas superficiaes, insufficientes, mesmo pelo seu numero, para acarretar a morte.

Quando ha o estado de *estupôr*, o doente fica immovel, silencioso, evita alimentar-se e se torna immundo.

Ha absoluta indifferença affectiva. Ha comprommettimento da percepção e orientação e o doente se mostra muito abstracto.

Quando ha o estado *catatonico*, lembra elle muito o demente precoce.

Num dos casos que tive recentemente no Instituto de Psychopathologia, havia attitudes estereotypadas, negativismo, repetição de gestos desarazoados, agitação motora, etc.

A's vezes, horas a fio, profere o doente as mesmas palavras ou canta o mesmo versiculo. Em geral, é o feitio depressivo que prepondera.

Quando ha o estado *paranoide*, que tambem lembra muito a fórma correspondente da demencia precoce, ha idéa de perseguição por meio de influencia physica. Quando ha idéas persecutorias e ellas se baseam em numerosas allucinações, é mais commum que se trate de syphilis cerebral e não de paralysia geral.

A fórma *expansiva* comprehende as modalidades *classica e circular*. Parece ser no Brasil a mais commum. E' caracterisada por um estado mais ou menos permanente de grande alegria.

Nella é predicado essencial o delirio de grandezas que é pueril, absurdo, incrementado pela suggestão e não influenciado por allucinações. O doente affirma ser possuidor de uma grande fortuna e quando se lhe pondera que se acreditava, fosse ella maior, cresce elle nella, sem que sejam razoaveis os meios, pelos quaes declare tel-a adquirido ou augmentado.

J. Falret chama a attenção para a palavra todos, com que o paralytico geral accentúa suas propriedades, dizendo

commummente ter todos os meritos, todos os titulos e todas as riquezas.

Os absurdos transparecem a cada passo.

Um doente de P. Garnier dizia ter subido ao céo, onde recebera uma grande apotheose, apresentando-se-lhe milhares de pessoas ajoelhadas, adorando-o e vendo perolas, rubins e diamantes, a se cruzarem pelos ares.

Outro tive no Hospicio que dizia que todos os navios que haviam sido postos a pique durante a guerra, iam ser retirados do fundo do mar por um processo delle, aliás possivel como se viu de uma descoberta brasileira, e ficaria elle como dono de todos elles, multimilionario, por conseguinte.

Dupré fala num alienado que dizia evacuar ouro. Outro affirmava que sua urina era um rio de ouro.

No Hospicio houve um que affirmava ter milhões de contos e que vivia a emprestar dinheiro ao governo. Outro declarava que sósinho estava pagando pelos alliados todas as despezas da guerra.

O delirio de grandezas não se refere unicamente a dinheiro. Diz respeito tambem á força physica. Um dizia ter uma infinidade de descobertas, cada qual mais absurda.

Commummente declaram ter um talento colossal. Têm tanta força que só com um braço fazem parar uma locomotiva. Outros affirmava que derribava touros, por mais raivosos que fossem.

Caracteristico é que o individuo que affirma ter milhões, pede e acceita prazeiroso um tostão para cigarros.

O meio pelo qual a fortuna foi adquirida, é commummente o mais illogico possivel. Não é o resultado de uma herança, nem o producto do trabalho.

Si se parece duvidar do que vai affirmando, ha uma certa irritabilidade que, entanto, pouco dura.

Quasi sempre se verifica uma certa excitação psychomotora e o doente não consegue ficar muito tempo calado, nem muito tempo parado.

Quando a euphoria, o delirio de grandeza e a excitação psycho-motora são estaveis, ha a fórma *classica*.

Quando surge de vez em quando um periodo depressivo ou de quietação, ha a fórma *circular*. No periodo depressivo que contrasta com a alegria anterior, predominam idéas hypocondriacas e ha, não raro, profunda apathia.

Na fórma *agitada* tudo se precipita.

Ha uma grande excitação e o delirio de grandezas attinge ao maximo do absurdo.

Não ha quasi prodromos e parece que o doente inicia o seu mal por um violento estado maniaco. Os elementos fundamentaes da demencia paralytica se apresentam a tirar a duvida com a psychose maniaco-depressiva.

O compromettimento da auto-critica, a perda da memoria e a puerilidade de raciocinio não falham.

Num caso o doente dizia que fazia nascer artificialmente homens e cavallos e resuscitar os mortos.

Outro affirmava ter vencido todas as guerras do mundo.

Outro declarava que a barriga estava cheia de abcessos, a cabeça, de vermes, haver demais perdido a memoria e a intelligencia, mas tudo isto lhe não causava móssa. pois ia ser regenerado, receber orgãos todos novinhos a substituir os estragados.

Quando é muito forte a agitação, surgem, ás vezes, periodos de confusão mental.

Ha um feitio em que tudo attinge ao maximo em muito pouco tempo: é a fórma *galopante*. E' constituida pelos casos de paralysia geral em que ha uma violenta excitação e morte em poucos mezes.

Ha febre, diminuição muito rapida de peso, crise apoplectiformes ou epileptiformes, incoordenação motora, estado typhico, diarrhéa profusa, suores colliquativos, escaras faceis e notavel insufficiencia cardiaca.

Tudo isto concorre para que seja rapido o desfecho fatal que é muitas vezes precedido por um estado clinico que lembra muito o delirio agudo.

A's vezes, o feitio clinico se assemelha ao do *delirium tremens,* mas é preciso prestar bem attenção a que se não trate realmente deste, pois o paralytico geral se entrega muitas vezes a demasias alcoolicas e se torna verdadeiramente delirante alcoolico.

Então correria exclusivamente por conta de um *delirium tremens* enxertado o que poderia se antolhar feitio da paralysia geral.

Depois do periodo de estado, segue-se o *terminal* ou de *cachexia.*

Nelle se accentúa extraordinariamente o estado demencial e se estabelecem habitos de notavel sordicie.

O doente mostra-se profundamente deprimido, numa extrema magreza, mal articulando as palavras, notavelmente desmemoriado, a urinar e evacuar sem sentir, cheio de escaras. A incontinencia de urinas surge antes da de fezes.

A cachexia, propria deste periodo, faz com que nelle haja commummente a impossibilidade completa de andar, facto que pelo nome da doença poderia parecer ser mais commum.

A decadencia vai a tal ponto que se torna preciso dar a comida na bocca para que o doente se alimente e se reduz elle, segundo Magnan e Séricux, sómente, a reflexos bulbares e espinaes.

Logo que se inicia o periodo de cachexia, a morte não tarda, ou em consequencia de uma congestão pulmonar hypostatica, ou de uma hemorrhagia supra-renal ou de um ictus cerebral.

Ha uma fórma de *paralysia geral* que se chama *atypica.*

O Prof. Jakob considerava nella cinco grupos: paralysia geral, em que o *processo histologico se affasta do typo commum;* paralysia geral *após lues congenita;* paradysia geral *em fóco* ou de *Lissauer* com localisações frequentemente atypicas; *combinação da paralysia geral com outros processos syphiliticos do cerebro;* paralysia geral que se torna *espontaneamente estacionaria.*

Jakob frisava que a associação da paralysia geral com outras fórmas de syphilis cerebral é extraordinariamente rara.

A paralysia geral de Lissauer caracterisa-se por frequentes ataques apoplectiformes, com aphasia, apraxia, crises epileptiformes e symptomas cerebellares.

No Brasil Medico de 8 de Dezembro de 1928 os distinctos Dr. Cunha Lipes e Dr. Alcides de Vasconcellos, estudaram um caso bem interessante de paralysia geral senil, com syndromo pseudo-bulbar, o que é muito raro.

Os mesmos auctores escreveram um trabalho, com observação, sobre a paralysia geral, com allucinações, o que é muito raro quando não coexiste alcoolismo.

Em excellente trabalho de Roque Orlando, em Agosto de 1936, na Revista Neurologica de Buenos-Ayres, elle estuda muito bem os syndromos neurologicos atypicos na paralysia geral. Cita Alzheimer que divide as paralysias atypicas em fórmas *cerebraes ou focaes, senis, galopantes, cerebellares e estriadas.*

Assignala que na fórma focal de Lissauer ha um processo encephalitico encephalosico com predominio em certas zonas do cerebro.

Descreve atrophias temporaes, em que ha aphasia, com os caracteres da fórma sensorial progressiva.

A primeira manifestação clinica que se nota, de compromettimento do lóbo temporal esquerdo, é o esquecimento dos nomes das cousas e objectos de uso commum (aphasia amnésica de Pitres, nominal defects de Head).

Descreve muito bem syndromos vasculares da demencia paralytica.

A paralysia geral é a doença em que a vida era muito curta antes da malariotherapia.

No interessante trabalho apresentado pelo Professor Juliano Moreira e Dr. Ulysses Vianna, ao 1.º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, em Agosto de 1916, mostram elles que dos paralyticos geraes internados no Hospicio, a maior parte morria dentro dos seis primeiros mezes de internação.

Tomando em consideração porém, que, em geral, são recolhidos quando a doença já está bem caracterisada, e attendendo ao que se observa na clinica domiciliar, vê-se que a média de duração era de dous annos.

Comprehende-se, pois, como equivale a uma verdadeira sentença de morte um tal diagnostico.

Descripta a symptomatologia da paralysia geral, passarei a me occupar com a *etiologia*.

Ja tive occasião de referir que a *syphilis* representa o factor essencial na genesis da paralysia geral.

Prova-o positivamente o facto de se encontrar o Treponema, em muitos casos, na massa cerebral. No entanto, não tem sido visto na unanimidade dos casos e isto se explica pela difficuldade de technica que tal exame exige.

Ha, porém outros testemunhos que devem ser referidos.

Como tive occasião de assignalar no capitulo de syphilis cerebral, Marcel Bloch e Charles Foix demonstraram que o minimo de caracteres, pelos quaes se póde provar uma syphilis nervosa, é representado pela albuminose e lymphocytose positivas.

Si houver, demais, Wassermann positivo no sangue e no liquido cephalo-racheano, ha o testemunho maximo da syphilis nervosa. Ora, sendo de regra na paralysia geral a coexistencia destas quatro reacções, prova-se bem ser ella de causa syphilitica.

O Dr. Allú Vianna, em sua excellente these "Contribuição ao estudo da demencia paralytica", assignala que das reacções de Nonne a mais precoce e constante no seu apparecimento, é a hyperalbuminóse no liquido cephalo-racheano.

Por outro lado, o Dr. Ulysses Vianna e Professor Leitão da Cunha, em trabalho sobre a cytologia do liquido cephalo-racheano nas affecções nervosas e mentaes, encontraram a lymphocytose positiva em 100 % dos casos de paralysia geral.

Plaut encontrou a reacção de Wassermann positiva no liquor cephalo-racheano em 97 % dos casos, e no sangue em 86 %.

Levaditi e Yamanouchi acharam-na positiva no liquor em 93 % dos casos. Gonzalo Lafora, em trabalho de 1919, diz que em vez de se dizer quatro reacções de Nonne, deve-se entender como positivo o valor das cinco reacções: reacção de Wassermann no sangue, augmento das globulinas (reacção de Nonne, Nogucchi e Pandy, etc.) no liquor, lymphocytose no liquor e presença de cellulas plasmaticas, reacção de Wassermann no liquor e a reacção de Lange (ou de ouro colloidal) no liquor. Esta ultima apresenta curvas differentes na paralysia geral e na syphilis cerebral e o Wassermann é positivo no liquor daquella mesmo com 0,2 em 95 % dos casos.

Outra prova de que a doença depende da syphilis é a que Krafft-Ebing forneceu ao Congresso de Moscou, em 1879, e que tanta celeuma provocou, por ser attentatoria dos preceitos da medicina legal.

Inoculou um experimentador em oito paralyticos geraes, nos quaes não houvera qualquer accidente anterior syphilitico, substancias tiradas de um cancro duro e de syphilides mucosas de dous syphiliticos em plena evolução.

Observadas durante seis mezes as victimas desta experiencia criminosa que Krafft-Ebing affirma terem sido uteis, mas não realisadas por elle e sim por um auctor anonymo, nada se constatou de syphilis, o que prova que já a possuiam.

Dupré assignala ser a doença mais commum no homem do que na mulher, porque ha mais casos de syphilis naquelle do que nesta, verificando-se a igualdade de proporção nos meios, em que é tão frequente a syphilis em homens como em mulheres.

Nos religiosos, nas crianças, nos que vivem no campo, é menos commum a syphilis e mais rara a doença.

Em muitos casos se constata que a paralysia geral se segue sorrateiramente á syphilis cerebral.

Ponto interessante é que é muito commum não haver manifestações secundarias ruidosas nos que vão ter paralysia geral.

Ella se desenvolve em individuos que tiveram a syphilis muito silenciosa, apparentemente benigna, passando, ás vezes, quasi despercebida.

Esse contraste entre as manifestações discretas do inicio e a gravidade do mal preocupou os autores que imaginaram dever haver qualquer differença entre o germen productor da paralysia geral e da tabes e o das outras manifestações lueticas.

A. Marie e Levaditi admittem a dualidade do virus syphilitico: o dermotropo que determina lesões na pelle, nas mucosas, etc., e o neurotropo, que selecciona para seus ataques o systema nervoso.

Experiencia interessante foi a em que verificaram que o animal inoculado com o virus dermotropo se torna indifferente a uma nova inoculação deste, mas fica susceptivel aos accidentes provocados pela inoculação do virus neurotropo.

Assim se encontraria uma certa explicação para a doutrina da parasyphilis que nada mais seria do que a resultante do virus neurotropo.

Nas secções da Sociedade de Neurologia de Paris, de 9 e 10 de Julho de 1920, Sicard, partidario da doutrina unitaria, apresentou varias objecções sérias.

Sendo o virus neurotropo o productor e transmissor unico da syphilis cerebral, paralysia geral, tabes e qualquer outra modalidade de syphilis nervosa e sendo nelle excepcionaes manifestações cutaneas e mucosas, o contagio só se daria no periodo do cancro e qualquer daquellas doenças seria cada vez mais rara, o que se não verifica.

Declararam os dualistas que o mercurio não dá o menor resultado nos casos de virus neurotropo e é soberano nos de dermotropo, mas isto se explica segundo Sicard, pela localisação do germen na profundidade do parenchyma nervoso, em que se acha em relação com uma constituição chimica particular, com um protoplasma nervoso, rico de lecithinas, de gorduras phosphoradas e de lipoides diversos, que o furtam á acção efficaz da therapeutica classica.

Sicard inoculou na pelle de paralyticos geraes virus syphilitico proveniente de cancro e si ahi houvesse o virus dermotropo, seria natural que nelle surgissem accidentes cutaneos ou mucosos, o que se não deu.

No lupus, na tuberculose pulmonar e na meningite tuberculosa, doenças tão diversas na sua caracterisação clinica, é o bacillo de Kock o unico productor.

Ravaut, partidario da doutrina unitaria, diz que a syphilis se localisa perferentemente no systema nervoso dos que trabalham cerebralmente, em que ha detritos reductores que servem de excellente meio nutritivo para a Spirocheta pallida.

Frederico Mott assignalou que em 100 casos de paralysia geral, 60 vezes encontrara o Treponema que em cousa alguma differia do do cancro.

Sicard diz que o Treponema chega aos centros nervosos por meio da via vascular e ou se fixa na propria parede do vaso, constituindo-se uma arterite, a que se seguem reacções meningéas agudas ou sub-agudas, lesões cerebraes ou medulares (typo classico da neuro-syphilis), ou atravessa a barreira vascular e penetra no proprio parenchyma nervoso, constituindo-se a syphilis nervosa parenchymatosa com a meningo-vascularite secundaria e meningite chronica (paralysia geral e tabes).

Na "Presse Médicale", de 15 de Setembro de 1920, Levaditi e A. Marie respondem a Sicard e renovam a idéa da dualidade do virus syphilitico.

Dizem elles que o virus neurotropo differe do dermotropo pelos seguintes caracteres: differença das lesões por elle provocadas ao nivel do escrôto, do prepucio e da mucosa peri-anal, em experiencia em coelhos (papulo-escamas, em vez de orchite e cancro duro); ter grande affinidade pelas cellulas epitheliaes; ter um periodo de incubação muito mais longo; pelo custo que têm as lesões para a cura espontanea; ter pequena virulencia pela inoculação cutanea; não isentar da inoculação pelo virus dermotropo.

A' medida que o virus neurotropo se vai localisando mais profunda e duradouramente no systema nervoso, vai adquirindo neurotropismo mais accentuado e virulencia cada vez mais notavel. O contagio existe no periodo de cancro, em que ha verdadeiras fontes de paralysia geral e tabes.

Demais, antes de se assestar definitivamente no parenchyma nervoso, o virus neurotropo leva algum tempo na torrente sanguinea e della, por meio de qualquer communicação com o exterior póde vir a contaminar outras pessoas.

Assignalam A Marie e Lavaditi que, com Ravaut, observaram um caso de neuro-syphilis em actividade, em que o doente contrahiu um cancro, em que havia numerosos Treponemas, o que busca frisar a diversidade de germens syphiliticos.

Levaditi e Yamanouchi demonstraram que o arseno-benzol não actúa no organismo no mesmo estado, em que é introduzido. Elle se transforma em principios activos que exercem uma acção microbicida directa ou indirecta, á medida que se vão desenvolvendo. Cada tecido transforma o arseno-benzol, segundo a sua constituição chimica e seu papel physiologico. O cerebro torna o remedio menos apto para anniquillar o Treponema, do que o figado, por exemplo.

Segue-se d'ahi que a não efficacia completa do tratamento não invalida a idéa de que a syphilis pelo seu virus neurotropo não seja a causa de tudo.

Vê-se pois, que si a controversia ainda se não aplacou no que concerne á unidade ou dualidade do virus syphilitico, está fóra de questão a existencia de ser a syphilis a causa da paralysia geral.

Outr'ora se concedeu grande importancia a qualquer *traumatismo* craneano. Hoje, porém, está demonstrado que si elle póde actuar como causa occasional, é indispensavel que haja a syphilis, para que o mal se desenvolva.

O talentoso Prof. Dr. Zacheu Esmeraldo, publicou em 1933 um trabalho muito bem feito sobre paralysia geral e traumatismo.

Explicou haver pelo traumatismo num ponto do cerebro uma diminuição da resistencia cerebral que facilita a localisação do Treponema no cerebro. Apresentou observações muito bem feitas, em que se salientou a acção do traumatismo, embora com causa de occasião.

Cesar Juarros apresenta a idéa de ser a *tuberculose* a causa da paralysia geral, mas mesmo neste caso diz elle que tambem ha a paralysia geral syphilitica.

Curioso é que modernamente, por meio de reacções de laboratorio, se têm buscado provar a existencia da tuberculose nos primordios da paralysia geral, como da eschizophrenia, mas em relação áquella me parece que se não poderá negar ser o facto méramente accidental.

No que concerne ao *alcoolismo,* não é elle a causa da verdadeira paralysia geral. Muitas vezes occorre como um syndromo enxertado no inicio do mal, mas não é o agente efficiente.

Dupré é de opinião que o alcool, o chumbo, a pellagra, auto-intoxicações e infecções, em geral, possam determinar a doença. Penso que não e que só a syphilis seja o factor determinante.

Claro está que quem mais se servir do cerebro tel-o-ha mais susceptivel a ceder á influencia luetica e é por isso que nos civilisados e nos intellectuaes o mal se encontra mais vezes, do que nos que vivem nos campos e menos cerebralmente se fatigam.

O papel da *herança,* particularmente da neuro-arthritica, merece attenção. Muito commummente o paralytico geral herdou uma constituição nervosa e congestiva e nos seus antepassados se nota muitas vezes o alcoolismo, a hysteria, a epilepsia, a neurasthenia, etc.

O individuo tivera manifestações de arthristismo, ou proprias, ou nos seus ascendentes, caracterisadas pelos seus elementos essenciaes: diabete, obesidade, enxaquêca, gotta e lithiase biliar.

Veiu a syphilis e encontrou um terreno predisposto, pois no arthritismo os processos inflammatorios de qualquer causa tendem a se estabilisar e perpetuar.

Haver em um dos progenitores a paralysia geral e tel-a um filho, é cousa que se póde ter como verdadeira raridade. Na minha clinica nunca se me deparou.

Si, por um lado, Joffroy e Feré dão grande valor á herança nevropathica e acreditam que a doença surja preferentemente em familias, em que ha abundancia de estygmas psychicos de degeneração, Régis declara que a herança psycho-nevropathica não influe absolutamente na paralysia geral e Magnan a tem como a mais individualisada das doenças mentaes. Facto é que paralysia geral qualquer um póde ter, desde que tenha tido ou herdado syphilis e houver uma certa usura cerebral.

Em relação á *frequencia* da paralysia geral, a estatistica do Prof. Adauto Botelho deu 3,11 % dos casos, a do Prof. Eurico Sampaio, 2 % sendo que tirando a media entre auctores nacionaes, este verificou 3,60 % de casos.

Em relação ao que concerne á *côr,* vê-se que os brancos são mais vezes acommettidos do mal do que os pretos. Naquelles a civilisação tem penetrado mais fundo do que nestes e ha, portanto, maior utilisação e usura do cerebro. Ha um ponto de meiopragia nervosa que a syphilis selecciona.

Em trabalho muito bem elaborado pelo distincto Prof. Dr. Adauto Botelho, em Janeiro de 1933, assignala elle que encontrou em 505 homens paralyticos geraes, 339 em brancos, 99 em pardos e 67 em pretos. Em 128 mulheres, 65 eram brancas, 34 pardas e 28 pretas.

O Dr. Allú Marques Vianna, em sua these de doutoramento, muito bem feita, verificou 66,8 % de brancos, 21,4 % de mestiços e 11, 4 % de pretos.

O Prof. Adauto Botelho consignou que só encontrára um caso em doente de raça amarella, que a proporção entre os pretos foi pouco superior á entre os pardos, nos cinco annos ultimos.

Em relação a *nacionalidade,* a estatistica do Prof. Adauto Botelho assignala 32 % de estrangeiros e a do Prof. Eurico Sampaio, 28 % de estrangeiros.

Dos estrangeiros, Adauto Botelho encontrou maioria de portuguezes, seguindo-se italianos, hespanhóes e russos.

Em relação ao *sexo,* a doença é muito mais frequente nos homens do que nas mulheres. No entanto, nas estastisticas modernas a differença é menor do que nas antigas. O Dr. Carlos Eiras, em uma estatistica apresentada em 1905, consignava haver 27 homens para uma mulher, ao passo que o Prof. Dr. Franco da Rocha, que então constatara 23 para 1, assignalava em sua ultima estastistica de 1912, 1913 e 1914, 6 para 1. Explica-se bem o facto, porque ha maior abundancia de recursos de laboratorios e elementos clinicos para uma mais perfeita caracterisação do mal.

Freiburg encontrou 1 mulher para 9 homens. Adauto Botelho verificou 1 mulher para 3 homens.

O Dr. Waldemar de Almeida, em trabalho muito bem feito, consigna a menor frequencia nas mulheres, havendo 7 homens para 1 mulher.

Em relação á *idade,* a doença é mais frequente dos 35 aos 45 annos. O Prof. Adauto Botelho encontrou maior frequencia de 31 a 50 annos.

O Prof. Dr. Eurico Sampaio, em sua optima these de doutoramento, em 1922, verificou que a maior frequencia é entre 32 e 42 annos.

O Prof. Adauto Botelho disse que o doente mais moço tinha 10 annos e o mais velho 80 annos. Verificou, outrosim, que nas mulheres de mais de 60 annos a doença era bem rara, pois havia apenas 3 mulheres, ao passo que encontrára em homens desta idade, 36 casos.

Quando ella se desenvolve antes dos 12 annos, diz-se paralysia geral *infantil,* quando dos 12 aos 20, *juvenil,* e quando dos 20 aos 30, *precoce.*

Depois dos 50 annos é rara, embora ultimamente se me tenham deparado casos interessantes de 90 a 100 annos.

O Dr. Bueno de Andrada, em seu interessante trabalho sobre "Paralysia geral juvenil", diz neste caso apparecer mais cedo no sexo feminino, do que no masculino. Schmidt-Kraepelin, em seu trabalho de 1920, dizem que os primeiros symptomas de paralysia juvenil são uma parada de desenvolvimento e alteração do caracter. Ha tambem alterações da thyroide e da hypophyse, lesões em fóco e crises epileptiformes, notavel *deficit* mental.

O Prof. Juliano Moreira em seu excellente trabalho sobre "Demencia paralytica no Brasil", apresentado ao Congresso Medico de Londres, estabelece em dados estatisticos seguros a idade preferencial dos 35 aos 45 annos.

Quanto á *profissão,* tem o Prof. Juliano Moreira sua maior percentagem na classe commercial.

No que concerne ao *estado civil,* ha maior coefficiente de casados, o que está em desaccordo com estatisticas européas, em que predominam os solteiros.

Que haja a coincidencia de serem mulher e marido paralyticos geraes, é facto excepcional.

A *anatomia pathologica* está muito bem estudada e esclarecida.

Ha essencialmente um processo de peri-meningo-encephalite chronica diffusa.

Pelo methodo de Nissl se encontram lesões degenerativas em todas as cellulas da camada cortical do cerebro, particularmente nas grandes cellulas pyramidaes e nas cellulas gigantes de Betz.

As cellulas tornam-se irregulares, angulosas, atrophiando-se os prolongamentos e transformando-se as granulações chromatophilas em uma poeira fina e diffusa.

O nucleolo chega a desapparecer. No fim de pouco tempo ha uma diminuição consideravel no numero de elementos nervosos que vão pouco a pouco desapparecendo.

Ha frequentemente a presença numerosa de pequenas cellulas, redondas, *satellites,* de Ramon y Cajal, que se encontram principalmente ao lado das cellulas grandes e médias pyramidaes.

Pensa-se que sejam ellas de natureza nevroglica, sendo constituidas apenas por um nucleo, quasi sem protoplasma, e surgindo frequentemente ao lado de cellulas que vão degenerando. Quanto ao papel que desempenham, pensam uns que seja o de neuronophagia, outros, o testemunho apenas de uma reacção inflammatoria e, finalmente, outros, a affluencia de elementos esparsos para o ponto, em que um vasio se vae formando.

As neuro-fibrillas se encontram mais espessadas, soffrendo, ás vezes, processos de desnutrição que as reduzem a uma poeira muito fina.

As fibras nervosas, particularmente as das camadas superficiaes das fibras tangenciaes, se mostram sempre compromettidas.

Degeneram ellas, ou com a formação de numerosos corpusculos granulosos, ou com simples atrophia.

Ha commummente hypertrophia e hyperplasia de cellulas e fibrillas de nevroglia. A proliferação destes elementos é, sobretudo, muito intensa na visinhança dos pequenos vasos.

Em torno destes ha frequentemente um manguito de pequenas cellulas redondas, o que tem um valor quasi pathognomonico para a caracterisação *post mortem* da doença de Bayle, pois só se encontra nesta e na syphilis cerebral.

Acreditam alguns auctores que se trate de globulos brancos que sahiram dos vasos, outros, de nucleos de nevroglia, e outros finalmente, de elementos especiaes, as cellulas *plasmaticas* de Unna e Marschalko.

Quando estes *plasmazellen* existem em grande abundancia, esparsos pelo systema nervoso, ha segundo Nissl, Alzheimer e Dupré, um signal pathognomonico de paralysia geral. O volume das cellulas plasmaticas é muito grande, de 7 a 14 micromillimetros, havendo um protoplasma grumoso, basophilo, separado do nucleo, excentrico, por um espaço claro.

Nissl e Alzheimer descreveram tambem como elementos pathognomonicos *cellulas em bastonnete,* agrupadas em torno dos vasos e tendo um nucleo alongado e pequena quantidade de protoplasma, apenas nas extremidades.

A *pia-mater* e o folheto viceral da *arachnoide* se mostram sempre compromettidos.

Ha uma meningite vascular, diapedetica e fibroplastica. Nas autopsias se verifica que se estabeleceu uma adherencia tão intima entre as meningeas inflammadas e o encephalo, que ao se separar uma parte da outra, ha uma verdadeira dilaceração da substancia cerebral.

Verifica-se na massa cerebral a diminuição e mesmo o desapparecimento mais ou menos accentuado das fibras tangenciaes mais superficiaes, as da rêde de Exner.

Ha uma proliferação de nevroglia, mais accentuada logo abaixo da pia-mater e na substancia branca.

Na paralysia geral as lesões são sempre diffusas, embora mais intensas no lóbo frontal.

Spatz verificou na côdea cerebral a presença de massas peri-vasculares de pigmento ferruginoso, a que attribúe grande importancia. Só se encontrariam ahi e na doença do somno.

Na syphilis cerebral nunca ha a diffusão do pigmento ferruginoso que se apresenta apenas em algumas cellulas da pia-mater e da adventicia dos vasos.

O pranteado e notavel Professor Jakob, em optimo Curso de Anatomia Pathologica do Systema Nervoso que deu aqui no Rio, de Maio a Julho de 1928, demonstrou em paralyticos geraes que falleceram em ictus, gommas miliares, infiltrações peri-vasculares intensas e endarterite.

Haveria sempre grande abundancia de Spirochetas e as hemorrhagias seriam raras.

O eminente Prof. Borda, da Argentina, em interessante trabalho que apresentou em Buenos-Ayres, em 1928, ao Congresso de Neurologia e Psychiatria, mostrou que como resultado de trezentas autopsias a presença de uma unica lesão focal intensa exclúe o diagnostco de paralysia geral. Encontrou com frequencia atrophia frontal, dilatação ventricular, ependymite e opalescencia das meninges.

O cerebello é tambem compromettido, embora muito menos que o cerebro.

Pela destribuição de um numero de elementos, ha frequentemente nos casos um pouco adiantados, atrophia cerebral.

Ha frequentemente lesões degenerativas na medulla, nos ganglios dos sympathicos e nos nervos.

O *diagnostico differencial* é hoje mais facil e preciso do que antigamente. Ha os recursos de laboratorio que esclarecem consideravelmente o problema e permittem que muito cedo se possa firmar a diagnóse. Num caso, em que se encontrem Wassermann positivo no sangue e no liquido cephalo-racheano, lymphocytose e hyperalbuminose, pensar-se-ha logo em paralysia geral e não em alcoolismo, neurasthenia, etc.

Como ha muitas vezes o *alcoolismo* no inicio da paralysia geral, é preciso saber distinguir bem o que caiba a um do que a outro.

Por outro lado, é preciso haver cautela, para que se não tome como de paralysia geral um caso de alcoolismo, particularmente de pseudo-paralysia geral alcoolica.

Na sumptomatologia do alcoolismo predominam allucinações, panophobia e delirio persecutorio, o que basta para fazer a differenciação.

Na pseudo-paralysia geral ha um quadro clinico que já tive occasião de descrever no capitulo das psychoses hetero-toxicas. A differenciação se fará bem pelas provas de laboratorio, pela evolução rapida para a cura e pelo delirio onirico.

Ponto muito mais importante de diagnostico differencial é o que se refere á *neurasthenia.*

Mais de uma vez me têm apparecido á consulta doentes que se apresentam como neurasthenicos, que trazem mesmo este diagnostico e nos quaes constato eu a caracteristica da doença de Bayle, no começo.

Succede que ás vezes nelles havia occorrido um cansaço emotivo e a suspeita de psychasthenia ou de nervosismo, como elemento de neurasthenia, parecia perfeitamente logica. No entanto, um facto chama logo a attenção: é o profundo desmemoriamento. Demais, si são doentes que têm uma certa instrucção e se pede que façam uma pequena multiplicação (prova de Joffroy), verifica-se que o resultado sahe errado, pois ha o olvido de transferir as unidades para as dezenas e estas para as centenas.

Klippel chama a attenção para a intelligencia que se póde deparar preguiçosa no neurasthenico, mas que está sempre diminuida no paralytico geral.

No neurasthenico ha logica na exposição de seus padecimentos que são descriptos com minucias, havendo sempre a preoccupação de que o medico a elles preste toda a attenção, e a esperança de que sejam curados.

O paralytico geral resente-se logo da falta de autocritica e é pueril nas descripções que vai fazendo, esquecendo com facilidade o que já disse, e mostrando-se pouco preoccupado com uma cura rapida.

Muito commum é no primeiro caso uma certa asthenia sexual, com que muito se preoccupa o doente, ao passo que no paralytico geral ha um certo garbo de excitação sexual.

Demais, ao quadro clinico da neurasthenia não pertencem as modificações da reacção pupillar, a dysarthria, a positividade das reacções de Nonne, a transformação da conducta e os delirios pueris que são proprios da doença de Bayle.

Podem surgir crises *hysteriformes* que mascarem a doença que venho descrevendo, mas não haverá confusão possivel, desde que se pesquizem as provas de laboratorio e si attende bem na cura rapida dos phenomenos pela persuasão.

A *epilepsia* surge muitas vezes no decurso da demencia paralytica e poder-se-hia pensar que se tratasse unicamente della e não desta.

Ainda ahi o cyto-diagnostico cephalo-racheano servirá de grande auxilio. Demais, si na epilepsia de crises repetidas ou de tratamento brometado intensivo podem surgir lacunas de memoria e torpôr intellectual, nunca ha o compromettimento profundo da auto-critica e a dysarthria persistente.

A differenciação com os *estados maniacos* da *psychose maniaco-depressiva* far-se-ha, attendendo a que nestes ha menor benevolencia, mais logica e menor puerilidade, sendo negativas as provas de laboratorio, as modificações pupillares e as da palavra.

O diagnostico differencial com os estados *melancolicos* da *psychose maniaco-depressiva* far-se-ha bem, attendendo a que nesta as idéas de auto-accusação não versam sobre cousas absurdas, não ha qualquer diminuição do nivel intellectual, nem disturbios da memoria.

Caracteristico é que as idéas dos paralyticos geraes se juxtapõem, sem um laço logico entre ellas, e que muitas vezes de idéas de accentuado cunho hypocondriaco ha uma transição rapida para outras de grandeza.

A differenciação com a *confusão mental* é, por vezes, bem delicada. Ha mesmo uma fórma chamada por Klippel, confusa da paralysia geral e deve-se, portanto, pensar sempre na possibilidade de se apresentar o syndromo confusional a mascarar a demencia paralytica. Para bem se verificar que desta se não trata, convém nunca olvidar a pesquiza das provas de laboratorio que dão um testemunho irrefutavel. Demais, na simples confusão mental ha mais frequentemente dôres de cabeça, ha o delirio onirico, ha a demonstração clinica de uma toxi-infecção em actividade e quando o doente chega a perceber as nossas perguntas, nota-se que não ha falta de auto-critica.

Com a *eschizophrenia* póde haver a confusão particularmente na fórma *juvenil* da paralysia geral.

Ha mesmo uma fórma chamada eschizophrenoide de paralysia geral, em que o doente tem todo o aspecto de um catatonico. No entanto, as provas de laboratorio distinguem bem um caso do outro.

Muito mais difficil é o diagnostico com a *arterio esclerose cerebral.* Verdade é que esta, em geral, apparece dos 50 aos 60 annos, ao passo que a doença de Bayle, dos

35 aos 45 annos. Mas ha muitas excepções á regra e por ahi se não poderia pegar.

Na arterio esclerose cerebral a perturbação da memoria é lacunar, não ha o esquecimento simultaneo e geral de factos recentes e antigos, ha a conservação da auto-critica, da noção da personalidade e a consciencia de decadencia intellectual.

Si póde occorrer uma certa dysarthria depois de um icto, não tem ella a estabilidade da demencia paralytica, nem tão pouco ha o tremular syllabico que nesta se nota, e sim o arrastar das syllabas como si o individuo estivesse a falar com a bocca cheia de pirão de batata.

Ha mais commummente idéas depressivas; póde-se mesmo dizer que é uma raridade haver idéas de grandeza.

Não ha modificações dos reflexos pupillares.

A aphasia que é rara na paralysia geral, aqui muitas vezes occorre.

São tambem frequentes hemiplegia, apraxia, chôro e riso espasmodico, etc. Demais, ha o augmento da área cardiaca, reforço da segunda bulha no fóco aortico e albuminuria.

Para a differenciação com a doença de Alzheimer que se diria no aspecto clinico uma mistura das duas entidades morbidas, ha ainda como sempre, as provas de laboratorio, as crises de agitação, a accentuada irritabilidade e a frequencia de contracturas.

A differenciação com a *syphilis cerebral* é das mais importantes.

A's vezes, póde succeder que esta evolúa para a demencia paralytica e num periodo de transição o diagnostico se torne difficillimo.

A demencia da syphilis cerebral é lacunar, evolúe dos factos recentes para os antigos. Ha compromettimento muito menor da intelligencia.

Não ha o delirio de grandeza phantastico e pueril. Ha muito commummente allucinações auditivas.

A amnesia não é acompanhada de confabulação.

A auto-critica persiste normal e o individuo tem a consciencia sentida de que está doente.

Na syphilis cerebral predominam as lesões em fóco e commummente hemiplegias e monoplegias se constatam.

Paralysias dos nervos craneanos são igualmente foreiras.

Wassermann positivo no sangue e no liquido cephalo-racheano, lymphocytose e hyperalbuminose neste são ele-

mentos que falam positivamente em favor da demencia paralytica. Na syphilis cerebral, não coexistem positivas estas quatro reacções de Nonne.

Nella a evolução não é lenta, tenaz e progressiva como na doença de Bayle, e a therapeutica especifica dá resultados vantajosos, o que não occorre na outra.

A reacção do ouro colloidal, de Lange, modificada por Miller e Hopkins, é mais nitida e frequente na demencia paralytica do que na lues cerebral.

Nesta a floculação maxima se dá nos quatro primeiros tubos, attenuando-se, ou não, nos tres successivos. Exemplo de curva de paralysia geral é 6666654000.

Réné Targowla diz no "Encéphale" de Novembro de 1922 que a reacção do elixir paregorico é positiva em todos os casos de paralysia geral em evolução e não na syphilis cerebral.

O mesmo auctor, em 28 de Outubro de 1922, na "Presse Médicale", assignala o grande valor da fórma positiva, paralytica, da reacção do benjoin colloidal.

A fórma positiva consiste na precipitação do benjoim completa, nos 5 primeiros tubos da série. Haverá reacção fraca ou média, si a precipitação não passar o 11.º tubo e reacção forte, si ella for até o 12.º ou o 13.º

Reacções fortes correspondem a casos de evolução rapida e reacções attenuadas positivas e sub-positivas se encontram na meningo-encephalite de fraca intensidade, evoluindo com lentidão.

Um icto em paralytico geral que tenha forte a reacção do benjoim colloidal, é sempre muito grave. E' o caso daquelles que como disse Arnaud, morrem em pé.

Mingazzini tomava na maior consideração a prova do *mastique*. Quando em 1926 assisti em Roma ás suas lições, mais de uma vez vi que com uns tubos de prova de *mastique* na mão, elle frisava que havia ali um dos elementos mais seguros para a diagnóse de paralysia geral. Na prova de mastique ha apenas tres gráos de floculação, sendo que a curva de paralysia geral se caracterisa por haver o maximo de reacção nas quatro ou cinco primeiros tubos, podendo ser apresentado como exemplo 333332100000. Na syphilis cerebral a floculação maxima tem, pelo contrario, tendencia a se desviar para a direita, embora possa ter inicio no 2.º ou 3.º tubo, sendo exemplo 00123321000.

O competentissimo Prof. Dr. Adauto Botelho, fazendo em optima conferencia realisada em Curso de aperfeiçoamento, uma synthese das provas de Laboratorio, declarou

que tem a prova de Braun Husler, pelo acido chlorydrico, quando positiva, como um dos elementos mais valiosos para a diagnóse da demencia paralytica.

Em qualquer das duas entidades clinicas póde mostrar-se positiva a reacção de Gray na urina, mas na demencia paralytica ha a reacção de Butenko, em que a urina, tratada pelo licor de Belloste, toma uma coloração azul-escura, o que não succede na outra.

A questão da modificação da reacção de Wassermann no liquido cephalo-racheano é invocada como de grande valor. Sicard e Roger dizem que na demencia paralytica é sempre positiva esta reacção que nunca desapparece, qualquer que seja o tratamento empregado.

O diagnostico com a *demencia senil* é menos difficil. De facto, á parte as provas de laboratorio que são sempre decisivas, ha a circumstancia de que a amnesia é neste caso lenta e progressiva, esquecendo o individuo pouco a pouco as cousas, a principio só os nomes proprios, depois os substantivos em geral, os adjectivos e os verbos, olvidando as ultimas acquisições muito tempo antes de entrar a esquecer as antigas, os factos abstratos antes dos concretos, os mais complexos antes dos mais simples.

Na demencia senil ha conservação da auto-critica e sensivel compromettimento da capacidade de fixação.

Em relação ao *prognostico,* é elle actualmente muito favoravel.

O saudoso e notavel Prof. Marcio Nery escreveu um trabalho, em 1905, sobre a curabilidade da paralysia geral progressiva, em que por meio de uma fórmula para injecções em que havia 3 centigrs. de benzoato de mercurio por dóse, declara haver curado doentes desta entidade clinica.

Por meio do tratamento que geralmente emprego constituido por iodalóse e hectina, tambem consegui que dous doentes meus se apresentem como curados.

O *tratamento* da paralysia geral deveria consistir no uso intensivo de mercurio, visto ser ella uma doença de origem syphilitica.

No entanto, facto curioso, póde-se affirmar não só que o mercurio não cura a paralysia geral, como demais concorre poderosamente para que evolúa rapidamente e o doente morra em prazo muito curto. Taes foram os resultados desastrosos do uso do mercurio que em Congresso Medico que aqui se reuniu, foi apresentada uma moção por todos os especialistas presentes, solicitando vivamente de

todos os collegas a suppressão definitiva do mercurio do tratamento desta doença.

A proposito do tratamento mercurial, Dupré declarou "que nunca viu o beneficio delle, que algumas vezes constatou a sua inocuidade e muitas vezes observou os seus inconvenientes e perigo.

Mais de uma vez me foi dado observar doentes, em que o mal se iniciava e em que por outros foi ensaiado o mercurio, nos quaes a doença evoluio com incrivel rapidez.

Déjerine, Régis, Ballet, Marie, Joffroy, Brissaud e Raymond, a nata dos especialistas francezes, se declararam contrarios ao uso deste medicamento.

Kraepelin e Bonhöffer, os maiores especialistas allemães, condemnaram igualmente o mercurio. Demais, em artigo dos "Archives of Neurology and Psychiatry de Setembro de 1923, Sucke-Kolmer assignalam experiencias feitas em macacos, durante tres mezes, em que constatavam modificações proliferativas, degenerativas e ligeiramente exsudativas no systema nervoso central e demonstraram que a administração do mercurio póde concorrer para um quadro clinico histo-pathologico de paralysia geral.

Seja porque se trate de virus neurotropo, resistente ao mercurio, seja porque as manifestações quaternarias com elle se não modifiquem, o facto é que seus effeitos negativos e prejudiciaes aconselham positivamente seu abandono.

O tratamento que deve ser preferido, que é superior a todos os outros, é a *malariotherapia.*

A principio me repugnára empregal-o: tivéra conhecimento de que o doente, em que notavel especialista o havia applicado, morrêra em poucos dias. Nunca empregara eu methodo therapeutico algum que pudesse concorrer para a morte de alguem. No entanto, em 1926 quando estive na Europa, vi tal enthusiasmo por parte do Prof. Wagner von Jauregg, criador do methodo, do Prof. Mingazzini, do Prof. Henri Claude, vi resultados tão brilhantes, verifiquei recursos seguros para evitar insuccessos, constantes dados estatisticos tão preciosos — que vi que não poderia ser mais realista do que o rei.

O Prof. Wagner von Jauregg explicou-me detalhes da techinica segurissima que criou. O Dr. Mathias Costa, clinico de grande competencia no assumpto, apresentou á Sociedade Brasileira de Neurologia e Psychiatria, ha pouco

tempo, dados estatisticos, em que não ha um accidente lethal, no momento em que se tomem as cautelas, particularmente em relação á pressão arterial, que elle expoz minuciosamente.

Na Allemanha, quer no serviço da Faculdade a cargo do notavel Prof. Bonhöffer, quer no Asylo de Alienados da Municipalidade, não havia então grande enthusiasmo pela malariotherapia.

No Brasil, de volta da Europa, encontrei em 1927, a malariotherapia applicada com grande proveito pelo Dr. Waldemiro Pires que foi Interno e Assistente da Clinica Psychiatrica, de notavel competencia.

Comecei desde então a applicar a malariotherapia nos meus doentes e devo declarar que já tenho muitos curados, integrados nas respectivas profissões, tendo me tornado eu um enthusiasta do methodo, tanto quanto os que mais o são.

O tratamento consiste em *provocar no doente o paludismo pela inoculação do hematozoario da terçã benigna.*

O notavel Professor Dr. Pacheco e Silva que rege com grande competencia a Cathedra na Faculdade de S. Paulo e que tem longa experiencia da malariotherapia, aconselha injectar no tecido muscular da região glutea dous centimetros cubicos de sangue extrahidos pouco antes da veia de impaludado, preferentemente durante o accesso de febre. Seguindo os conselhos de Gertsmann, procura reproduzir no modo mais parecido possivel a picada do mosquito transmissor. Introduz-se assim a agulha perpendicularmente no tecido muscular, imprimindo á agulha durante a injecção, movimento em varias direcções, com o intuito de provocar pequenas rupturas vasculares, e á medida que se injecta, se vai retirando a agulha, de modo a lançar o sangue, contendo hematozoarios, nos diversos planos musculares e no tecido cellular sub-cutaneo.

Póde tambem ser utilisada a injecção intra-venosa.

O Professor Wagner von Jauregg prefere fazer a injecção de sangue no tecido sub-cutaneo, na area comprehendida entre a espadua e a columna vertebral.

Nicol diz que depois de inoculado, deve o doente ficar de cama, sendo que o periodo de incubação é, em media, de doze dias, sendo que o calor da cama favorece o desenvolvimento da infecção, além de que se torna mais facil surprehender qualquer pequena elevação de temperatura que occorra, ou qualquer accidente outro que se dê.

No primeiro dia de accésso ha uma febre que cresce a pouco e pouco e que é a principio *sub-continua* ou *irregularmente remittente*. Nicol diz é só no terceiro ou quarto dia que ella se torna francamente *intermittente*.

Wagner von Jauregg aconselha prestar-se sempre grande attenção ao coração durante o periodo de febre e dar digitalis, cardiazol ou oleo canphorado.

Nos meus doentes deixo, em geral, que elles tenham nove accesso de febre e só então corto estes por meio do paludan que é um preparado de quinina, azul de methyleno e ferro.

O Dr. Waldemiro Pires que tem uma das maiores praticas no assumpto, deixa evolver uma série de 10 a 12 accessos febris e só então corta a febre com uma gramma de quinino.

O sabio Prof. Wagner von Jauregg aconselha esperar que haja oito accessos necessarios a um tratamento activo.

Nicol aconselha cortar a febre antes de tempo, isto é, antes de haver a série necessaria de accessos, si apparecerem vomitos persistentes, collapso cardiaco, cyanose, ataques, intranquillidade invencivel, albuminuria ou signaes mesmo leves de ictericia.

Notei que na Clinica de Vienna não havia mosquiteiros e o notavel Professor Wagner von Jauregg me explicou que não havia risco de se transmittir o paludismo experimental de um doente para seu visinho de cama.

Em trabalho publicado em Novembro de 1928 na Revista Germano Ibero Americana, o Prof. Wagner von Jauregg disse que a malariotherapia deve ser empregada mesmo como meio de prophylaxia de paralysia geral e que graças á acção de Kyrle, chefe deste serviço em Vienna, conseguio que desde 1928 ella fosse aproveitada como tal.

Gerstmann, Assistente de Wagner von Jauregg, publicou em 1927 uma estastitica, em que assignala remissão completa em 82 % dos casos.

Nonne obteve 48,3 % de remissões completas, Bratz, 42,1 %, Hermann, de Praga, 35 %; Askaard, de Copenhague, 32,4 %; Weygandt de Hamburgo, 31,1 %; Gaus e Fleck 29 %; Weeber, 28 %; Yosbe e Maerfil, de Liverpool, 27,3 %; Herzig, 27%; Bonmann, de Amsterdam, 25%; Jossmann e Steenaerts, Grant e Silveston, 14 %.

O Dr. Waldemiro Pires dizia em 1927 que o seu material clinico de paralyticos geraes malarisados era de 45 casos, com 13 remissões completas, 1 remissão incompleta, 10 melhoras leves, 10 immutaveis e 2 casos de morte.

Calculando-se a percentagem, vê-se que é ella de 28 % de remissões completas.

No que diz respeito ao numero de casos de morte, a estatistica do Dr. Waldemiro Pires é a menos elevada, pois consta apenas de 4 %, ao passo que a do Professor Claude, apresentada em Fevereiro de 1927, era de 9 % de mortes, emquanto que a média de mortes nas outras estatisticas era de 15 a 20 %.

O muito competente Dr. Mathias Costa, apresentou á Sociedade Brasileira de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, em Outubro de 1936, em collaboração com o Dr. Côrtes de Barros e o Interno Barbieri, um trabalho de grande valor, em que salienta o grande valor da pressão arterial durante a malariotherapia.

Apresentaram 164 observações de doentes malarisados, nos quaes foi tomada, systematicamente, antes e após cada accesso febril, a mensuração da pressão arterial.

Consideram esta pratica um indice de valor para a interrupção dos accessos febris quando se verificar uma quéda brusca e ponderavel da pressão arterial.

Estudaram a grande percentagem de lesões ou alterações do apparelho cardio-vascular na syphilis nervosa (70 %), e a sua relação com a quéda de pressão no decurso da malariotherapia.

Das 164 observações, 70 tiveram quéda de pressão.

Mostraram que quando ha quéda brusca da pressão, deve-se interromper logo os accessos febris. A interrupção dos accessos febris, pela medicação anti-paludica, quando se verifica uma quéda brusca e ponderavel da pressão, é, por si só, sufficiente para que em média em 5 dias, esta pressão se restabeleça.

Assignalaram que a toxi-infecção paludica, pelos disturbios complexos endocrino-neuro-vegetativos que acarreta, é responsavel pela hypertensão arterial no impaludismo therapeutico.

Com estas cautelas, conseguiram estes distinctos pesquizadores que no seu serviço da Fundação Graffée Guinle, da rua General Severiano, não houvesse casos de morte pela malariotherapia.

No Brasil Médico, de 17 de Agosto de 1935, o Dr. Waldemiro Pires apresentou a sua estatistica mais moderna, de 412 malarisados, com 35 % de remissões completas, 15 % de incompletas, 10 % de melhoras leves, 36 % immutaveis e 4 % de mortes.

O Prof. Pacheco e Silva e o Dr. Leopoldino Passos publicaram uma estatistica com 15% de curas clinicas e 15% de incompletas.

Remissões espontaneas são raras, apenas em 4 a 6 % dos casos.

As vezes assignala o Dr. Waldemiro Pires, não ha melhora desde logo e só alguns mezes depois.

Wagner von Jauregg preconisa faser-se sempre uma segunda malariotherapia.

Quando se trata de velhos, obesos, de coração insufficiente ou com localisações visceraes, aconselha elle dar desde logo 1 a 3 centigrs. de quinina nos intervallos dos primeiros accessos. Aconselha então interromper no quarto accesso, dando dóse forte de quinina.

Humann, em 24 de Março de 1934, manda cortar no quarto accesso, dar, além da quinina, o arsenico, e no fim de 6 semanas, reinocular.

Horn e Kauders dão 5 centigrs. de quinina, um dia sim, outros não, até que appareçam os accessos, e depois no momento de maior elevação de temperatura.

Wagner von Jauregg frisa muito bem que nunca se deve deixar haver mais de 4 a 5 accessos quando o doente estiver em más condições. Aconselha ir dando desde logo pequenas dóses de quinina e renovar a inoculação, logo que o doente esteja um pouco mais forte.

Em relação aos beneficos resultados da malarioterapia, tem sido demonstrado que o estado demencial póde regredir ou mesmo cessar de todo, havendo recuperação completa da capacidade intellectual, possibilidade de volta á profissão anterior e até mesmo capacidade para tomar nova profissão.

Depois da inoculação da malaria apparecem, ás vezes, perturbações mentaes que differem do feitio commum da paralysia geral. No excellente trabalho do Prof. Dr. Waldemiro Pires, de 17 de Agosto de 1935, refere elle que, ás vezes já nos primeiros dias de febre, apparecem *manifestações psychopathicas atypicas de feitio confusional.*

Outras vezes vê-se a transformação do estado mental do doente em um *syndromo allucinatorio, catatonico, paranoide, eschrizophrenico, maniaco-depressivo.*

Gerstmann descreveu um estado psychico muito semelhante ao da *demencia precoce paranoide.*

Claude Targowla e Cenac, em 1927, assignalaram *debilidade mental,* fatigabilidade e optimismo.

Na pathogenia das psychoses post-malariotherapicas inflúe muito um estado constitucional psychopathico. Póde haver a transformação da paralysia geral em *syphilis cerebral,* acção da malaria a transformar lesões de meningo-encephalite diffusa em lesões localisadas de typo arteritico e gommoso.

Os symptomas neurologicos melhoram muito com o tratamento. Wagner com Jauregg me chamava a attenção para o desapparecimento da *dysarthria* que, no entanto, não me parece facil de passar.

O Prof. Waldemiro Pires diz que o tremor dos musculos da face, a leve ataxia da marcha, os ictus, emfim todo o quadro neurologico póde curar-se, excepto o signal de Argyll-Robertson que sempre persiste.

O doente, via de regra, engorda. Desapparece constantemente a sordicia.

Depois de 10 annos de malariotherapia no Pavilhão Guinle do Instituto de Neuro-Syphilis, os Drs. Mathias Costa e Côrtes de Barros publicaram em Outubro de 1935 uma bem feita synthese dos resultados obtidos.

Foram inculados 760 doentes. Sempre se fazia exame de fundo de olho, de pressão sanguinea, de azotemia, de urina e ás vezes radiographico dos pulmões, coração e vasos. Com estas cautelas a percentagem de mortes baixou a 3,38 %

Dentro de um anno ou mais da primeira malarisação, si o doente não melhora sensivelmente, fazem outra inoculação, 9 % dos malarisados foram remalarisadas.

Um dos mais competentes Assistentes da Clinica Psychiatrica, o Prof. Dr. Zacheu Esmeraldo, publicou em Julho de 1934 um optimo trabalho a respeito da *hebephreno catatonia* em paralyticos geraes impaludados. Apresentou observações muito interessantes e assignalou a possibilidade do desapparecimento destes disturbios psychicos no fim de mezes ou annos. Explanou o ponto de vista medico legal de modo mais completo em outro excellente artigo, de Janeiro de 1934.

Em publicação de Irazoqui, em Março de 1935, diz-se que a paralysia geral póde transformar-se em quadros allucinósico-paranoides por meio da tuberculina ou do nucleinato de sodio.

Zilig, em trabalho deste anno, diz que, ás vezes, persistem diminuição da capacidade de julgamento, predominio de sentimentos egoistas, desvio da affectividade, acarretando a possibilidade de actos delictuosos.

Em relação ao *syndromo humoral*, o Prof. Dr. Waldemiro Pires assignala não haver modificações rapidas pela malariotherapia. Ha apenas depois de alguns mezes declinio da *albuminose* e da *lymphocytóse*, sendo a reacção de Wassemann a mais resistente. Pötzl verificou que a curva de ouro colloidal se transforma na de syphilis cerebral. Mingazzini notou mudança na curva do mastique.

Em interessante trabalho feito pelo Profs. Drs. Waldemiro Pires e Cerqueira Luz, verificaram que um doente curado clinicamente póde ainda apresentar reacções positivas no liquor, mas em gráo attenuado; ha necessidade de remalarisação, si o syndromo humoral se mantiver irreductivel; quando ha alteração favoravel no liquor e o quadro clinico se não modifica, voltará aquelle a ser máu; paralytico geral malarisado, em remissão completa, com liquor negativo, não apresentará recidiva.

No Pavilhão de Observações tenho um caso muito interessante, em que depois de malarisado, ficaram negativas as reacções do liquor, mas o delirio de grandezas persiste inalterado. Frequentemente tenho constatado que quando ha melhoria com a malariotherapia, as reacções do liquor se transformam nas de syphilis cerebral, raramente se tornam inteiramente normaes.

No que diz respeito a *influencia da malariotherapia em relação ás lesões da paralysia geral*, foi verificado que uma lesão inflammatoria diffusa se transforma em uma lesão mais circumscripta, mais nitidamente vascular, de caracter syphilitico.

Freemann chegou a constatar reconstituição de diversas camadas da cortiça. O Prof. Waldemiro Pires, em conferencia realisada na Sociedade de Medicina e Cirurgia, em 8 de Setembro de 1931, disse que em pesquizas post-mortem em malarisados tinha verificado que a cyto-architectonia cerebral tinha se tornado tão pouco alterada que si se não conhecesse o quadro clinico, se tornaria impossivel firmar o diagnóse.

O Prof. Jakob verificou que o aspecto anatomopathologico ficou sendo o da paralysia geral estacionaria. Os phenomenos inflammatorios cessam inteiramente.

O Prof. Waldomiro Pires diz que ha uma verdadeira limpeza no cerebro de paralyticos geraes malarisados, em relação á presença do Treponema: quando não morre, fica inactivo ou emigra para a pelle e mucosa, onde então se constitúem lesões de typo terciario.

Muito se discute o *mechanismo, por meio do qual actúa a malariotherapia.*

O Prof. Wagner von Jauregg é de opinião que ella desempenhe um duplo papel: actúe como um methodo proteinotherapico e exerça um effeito neurótropo, com uma acção especifica sobre o systema nervoso enfermo.

Dujardim pensa que haja uma volta a um estado allergico, em contradicção com a reacção que é caracteristica da paralysia geral não tratada.

A malaria actúa principalmente pelo augmento da resistencia do cerebro e outros orgãos aos espirochetas e substancias nocivas por elles produzidas.

Hoff e Silberstein notaram que durante a malariotherapia e mesmo depois della, o indice opsonico em relação a estaphylococcos, estreptococcos e coli cresce, quer no sôro, quer no liquor.

Donath e Heilig pensam na producção de uma reacção focal.

Russel e Ramsay assignalaram um estimulo do systema hematopoietico.

Já descrevi o modo pelo qual se costuma fazer a malariotherapia: tirar o sangue de um doente com paludismo e injectar no paralytico geral, do mesmo modo pelo qual se faz uma injecção commum.

Maurice Ducosté assignala grandes vantagens num methodo que elle criou: a *impaludação intra-cerebral.*

No 4.º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, o competente Dr. Mathias Costa apresentou os resultados de uma série de observações com este methodo.

Injectaram-se de 2 a 5 cc³ de sangue impaludado citratado nos lóbos frontaes direito ou esquerdo.

No Brasil, o primeiro trabalho a respeito foi do distincto professor Novis, da Bahia, com resultados muito interessantes.

Maurice Ducosté diz que a mortalidade é menor do que pelo processo commum: apenas 1,4 %, o figado e o baço se ressentem menos, 45,7% dos doentes ficam com a apparencia de curados e 21,4 % perfeitamente curados; melhora muito o estado geral, a auto-critica, memoria e affectividade voltam ao normal; as provas de laboratorio melhoram muito.

O Dr. Mathias Costa assignalou que os doentes toleram bem a impaludação intra-cerebral, as raças negra e mestiça custam a ser malarisadas, raramente se conseguem

mais de sete accessos; em 10 casos, houve apenas um obito; nos 10 casos inoculados, apenas num houve melhoras accentuadas.

O tratamento da paralysia geral pela *febre recurrente* não dá resultados vantajosos e facilita o apparecimento de graves accidentes.

Van Roogen e Pile preconisaram em 12 de Outubro de 1935 o *tratamento pelo agente da malaria do macaco* (Plasmodium Knowlesi). Ha accessos menos graves do que pelo paludismo commum. A duração da febre é menor.

Valinoky, em 17 de Março de 1933, preconisa a *hyperthermia determinada physicamente.* Faz-se uma injecção de solução salgada hypertonica, depois um banho com envoltorio quente. Obtem-se muita febre, sem riscos.

Em 12 de Novembro de 1931, o eminente Professor Gonzalo Bosch e Dr. Arthuro Mó publicaram na Semana Medica Argentina um artigo a respeito do tratamento pela *diathermia.*

Fizeram em cada doente doze applicações e obtiveram resultados muito vantajosos. Em 50 doentes, houve 24 %, de curas clinicas, 26 % de melhorias, 30 % de paradas na evolução, 20 % de falta de melhorias e nem uma morte.

Clarence Neymann e Osborne, de Chicago, em 3 de Janeiro de 1931, haviam preconisado este methodo.

Mandavam applicar uma corrente forte, 400 M A, com electrodos muito largos no peito, costas e abdomen.

Obtiveram 64 % de francas melhorias com possibilidade de volta á vida profissional e 8 % de curas completas.

Em 3 de Junho de 1933, no Journal of Medical Association, Freemann, Fong e Rosenberg são contrarios ao emprego da diathermia que não consideram inoffensiva. Tiveram em 50 casos, 10 melhorias, 26 sem resultado e 14 mortes.

No Wiener Medizinische Wochenschrift, de Março de 1932, o sabio Professor Wagner von Jauregg fala no tratamento pelas *correntes de alta frequencia de ondas curtas.* Em 60 a 80 minutos de applicação, seguida da collocação na cama, com 5 cobertores de lã e protecção contra a evaporação por uma téla de caoutchouc, saccos de agua quente em redor, isto durante sete horas, provoca-se muita febre e melhoria.

Neymann obteve por este methodo de electropyrexia 20 % de remissões totaes, 26 % de melhorias, 30 % de paradas na evolução e 20 % de insuccessos.

A *tuberculinotherapia*, já empregada, não deu grande resultado.

Vaccina anti-typhica intra-venosa dá resultado muito inferior ao da malaria. *Injecções de leite* deram proveito a doentes de Somagyi que as considera tão bôas como a malaria.

O tratamento pela *sulfosina* busca a reacção febril pelo enxofre e é muito preconisado por Schroeder Knudt.

Injecta-se no tecido muscular meio cc^3 ou 1 cc^3 de sulfosina e 12 horas depois obtem-se uma temperatura de 40 gráos que só desce a pouco e pouco.

Depois de 28 horas faz-se nova injecção, realisando-se uma série de 10 injecções e, posteriormente, mais duas ou tres séries. Schroeder Knudt obteve 36 % de curas e 57 %de remissões.

O Prof. Waldemiro Pires teve dous casos que eram refractarios á malariotherapia e que melhoraram com a sulfosina.

O Dr. Mario Yahn, em 1922, obteve muito bom resultado com injecções de 3 a 10 cc^3 de solução oleosa de enxofre a 0,8, intra-musculares. Houve 22,7 % de optimos resultados, 9,2 % de bôas melhorias e 13,6 % de melhoria mediocre.

Empregam-se tambem injecções de *enxofre pyretogeno*, intra-musculares, de 10 cc^3, de 4 em 4 dias.

Salomon Beck e Theiler preconisaram o tratamento pelo *virus do Sodoku*. Empregaram em doze paralyticos geraes o *Spirocheta morsus muris*, agente etiologico do sodoku, affecção que tem maior analogia com a syphilis do que qualquer outra. O sodoku enfraquece muito menos e dá resultados muito vantajosos.

Sendo a paralysia geral uma doença provadamente syphilitica, parece natural que o *mercurio* fosse um dos melhores tratamentos. No entanto, póde-se dizer que a pratica tem demonstrado que elle nunca deve ser empregado, porque não dá proveito algum e, muitas vezes, faz muito mal, accelerando a marcha da doença.

O muito pranteado Professor Teixeira Brandão que foi o creador da Psychiatria Brasileira e meu Mestre, propoz no Congresso Brasileiro de Psychiatria que se chamasse a attenção dos especialistas para os maleficios do mercurio na paralysia geral. Têm sido vistos doentes que apresentavam apenas prodromos da doença e que depois do uso do remedio, acceleraram a marcha do mal. Nunca houve um que se provasse curado pelo mercurio.

Interessante é que nos Archives of Neurology and Psychiatry, Lucke-Kolmer, escrevendo sobre intoxicação mercurial, demonstraram que o estudo histo-pathologico dos cerebros de tres macacos intoxicados pelo mercurio revelou lesões proliferaticas, degenerativas e ligeiramente exsudativas que são muito parecidas com as da demencia paralytica, embora menos intensas, assignalando, outrosim, que o mercurio póde concorrer para que melhor se caracterise o typo histo-pathologico da doença.

Dupré, Déjerine, Régis, Ballet, Marie, Joffroy, Brissaud, Raymond, Kraepelin e Bonhoeffer condemnaram tambem o uso do mercurio.

O tratamento pelo *bismutho* é, a meu vêr, um dos melhores.

Póde tambem ser usado vantajosamente após a malariotherapia.

Ha uma grande utilidade, em cotejo com o 914, que é não determinar disturbios vasculares que se possam traduzir por crises epileptiformes ou apoplectiformes.

Receito com muito bom resultado o bismutho associado a lipoides de cerebro. Sendo o bismutho deprimente, convem sempre applical-o associado a um tonico.

A formula do iolipobi, preparado do Laboratorio do Dr. Mario Pinheiro, consiste em associação de iodo, bismutho, lipoides de cerebro e enzymas e tem dado optimos resultados.

O tratamento pelo bismutho só é inferior ao pela malaria.

No entanto, como já tive occasião de assignalar no capitulo de syphilis cerebral, é deprimente, faz emmagrecer, diminúe a capacidade sexual e ataca os rins.

O tratamento pelo 914 é tambem muito aconselhavel. Nunca o receito em dóses superiores a 30 centigrs. No entanto, em trabalho apresentado pelo distincto Dr. Mathias Costa, em Outubro de 1936, á Sociedade Brasileira de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, ficou constatado que administrando-se *hepato-aminas* Pian como vehiculo do 914, póde ser dada dóse muito forte, sem inconveniente e com melhoria do doente.

E' o methodo de Rebaudi de Genova.

O proprio Prof. Wagner von Jauregg assignala a superioridade de uma salvarsanisação energica em relação á malariotherapia em certos casos.

Deve-se, todavia, lembrar que por mim e pelo eminente Prof. Austregesilo foi referido á Sociedade Brasileira de

Psychiatria que, principalmente após a malariotherapia, o 914 póde determinar crises apoplectiformes ou epileptiformes. Por outro lado, o arsenico é um veneno da cellula hepatica e não deve ser dado quando o figado estiver muito crescido.

O uso do 914 pela via endoracheana deve ser condemnado como irracional e perigoso. O methodo de Knauer de injecção na carotida é ainda peior.

Acho optima a associação do bismutho ao 914. Dou o 914, em dóses de 30 centigrs., de cinco em cinco dias, e, ao mesmo tempo, injecções de bismutho, tres vezes cada semana.

Os Norte Americanos receitam muito a *triparsamida*, preparado arsenical que segundo Bioron Pearce, tem um elevado poder anti-espirocheticida e accentuada difficuldade e penetrabilidade no systema nervoso.

Ebaugh e Dikson assignalam que de cincoenta e dois outros tratados por este methodo, quinze ficaram clinicamente curados e estavam trabalhando.

Arsfenamina é outro bom preparado arsenical que tem, porém, o risco de poder atacar o nervo optico.

Sezary e Barbé, na Presse Médicale de 7 de Julho de 1926, preconisam o *stovarsol* que se póde empregar sob a fórma de injecções, contendo 50 centigrs. de medicamento para 4 cc^3 de agua bi-distillada, quer sob a fórma intravenosa, sub-cutanea ou intra-muscular, tres vezes cada semana.

Usam 16 injecções, sendo uma de 50 centigrs., outra de 1 gr., e as outras, de 1 gr. 50.

Obtiveram 27,3 de resultados optimos, 9,1 soffriveis, 11,3 mediocres e 52,3 nullos. Trata-se de um preparado arsenical pentavalente que os auctores do methodo declararam despido de qualquer risco.

O *acetylarsan* é outro preparado arsenical, com que tenho conseguido muito bons resultados em alguns doentes meus. E' prudente, no entanto, fazer exame do fundo do olho, pois póde de repente iniciar-se uma nevrite optica.

O *iodo* é util, porém inferior aos outros remedios. Synthetisando-se o que ha sobre o tratamento, está provado que actualmente a paralysia geral é curavel, principalmente pela malariotherapia e pelo bismuthotherapia.

PSYCHOSE EPILEPTICA

Na classificação da Sociedade Brasileira de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal figura num capitulo á parte a psychose epileptica.

E' prova isto de que o estudo da epilepsia, a principio tida como simples neuróse, de tal fórma se aprimorou no sentido de uma detida busca de disturbios psychicos, que se chegou á convicção de a ter como uma verdadeira psychose.

Liepmann chegou mesmo a ponto de dizer que qualquer ataque convulsivo de epilepsia é uma psychose, embora curta. A consciencia é, commummente, compromettida. Desapparece, em geral, durante o ataque convulsivo e não volta logo a si o que teve um ataque epileptico.

Allucinações visuaes e auditivas, modificações de humor, episodios delirantes, etc., podem figurar como uma aura, aviso de que vai haver uma crise convulsiva. Póde deixar de haver esta e occorrer um equivalente, em que, não raro, predominem os disturbios do psychismo. No intervallo de crises epilepticas alguns não voltam á normalidade psychica.

Persiste um certo gráo de irritabilidade, máu humor, tendencia a actos impulsivos, o que bem justifica, acreditar-se que o cerebro não voltou ao seu estado normal de metabolismo cellular.

Ha muito caso de epilepsia sem convulsões e, por outro lado, ha muitos disturbios psychicos, em que, bem apuradas as causas, se constata a caracteristica da epilepsia. Vê-se, pois, que se deve dar grande consideração ao estudo do psychismo na epilepsia. No entanto, ao que vulgarmente nesta se dá maior importancia, é ao ataque convulsivo que, em todos os tempos, sempre muito impressionou.

Desde o tempo de Hippocrates, era, pelo ataque, conhecida a epilepsia. Varios nomes teve ella successivamente.

Assim, o de *morbus herculeus,* porque se dizia que Hercules tinha sido epileptico; *morbus sacer, divinus,* porque as pythonisas tinham como castigo convulsões, quando abandonavam os oraculos: *morbus comicialis,* porque os comicios se dissolviam quando durante elles occorria um ataque; *morbus lunaticus, astralis,* porque estabelecia relação entre os ataques e a evolução dos astros; *morbus demoniacus,* porque se pensava que o demonio houvesse entrado no corpo do individuo; *morbus major,* o mal por excellencia de Celso: *gotta coral,* porque imaginavam que era uma gotta que cahia sobre o coração; *morbus caducus,* porque aquelle que tinha o ataque, cahia bruscamente; *mal de S. João,* porque no ataque parecia S. João decapitado; e, finalmente, *epilepsia* que é hoje o termo geralmente adoptado.

Antes de occorrer o ataque, ha frequentemente o phenomeno da *aura* que é uma especie de aviso.

A *aura* póde ser motora e neste caso ha um pequeno tremor que das extremidades sóbe á raiz dos membros, um espasmo, uma série de movimentos coordenados, uma brusca corrida (variedade cursativa).

Póde ser sensitiva e uma sensação de calor ou de frio, de dôr, de prurido em um ponto do corpo póde servir de aviso.

Pode ser sensorial. Póde ver então uma luz vermelha muito viva e occorrer o ataque. Póde haver diplopia. Podem apparecer muito grandes ou muito pequenos os objectos. Quando a aura sensorial fôr auditiva, póde o doente escutar um apito estridente, um barulho de cachoeira ou transitoria e bruscameinte se sentir inteiramente surdo.

Quando olfactiva, póde occorrer um cheiro de podridão, quando gustativa, um gosto metallico.

As auras psychicas apresentam os feitos mais interessantes. A's vezes ha nellas, como dizem succeder nos que se afogam, uma reminiscencia rapida e intensa dos episodios da vida anterior do individuo.

Occorre aquella onda representativa e se segue o ataque. Outras vezes, é uma onda de grande tristeza. Outras, uma idéa obsessiva, uma duvida ansiosa em relação a problemas metaphysicos insoluveis.

Em alguns ha um pavor horrivel da crise que sentem vir.

Em outros, ha um torpôr mental ou então uma notavel acuidade cerebral. Muitas vezes, ha uma certa obnubilação intellectual, uma turvação do raciocinio que bem

deixa perceber aos que cercam o doente, que o ataque se approxima.

Não raro disturbios accentuados da cenesthesia occorrem como aura. Palpitações violentissimas, dyspnéa, oppressão epigastrica, com vomitos e nauseas, colicas, vertigens, uma enorme ansiedade.

A's vezes, um certo tempo antes do ataque, já surgem como prodromos remotos estes disturbios da cenesthesia e vem o organismo como se preparando num mal estar progressivo, para desabafar e alliviar no ataque.

Quando occorre o *ataque,* fica o individuo muito pallido e cahe inteiramente sem sentidos.

Não consegue o epileptico evitar ferir-se quando cahe, pois que a quéda se dá quando inconsciente, e o doente vem a bater com o rosto como já vi casos, num fogão, na pedra ou a rolar o corpo por escadas ou ribanceiras.

Ha no inicio, um grito muito forte que tem sido comparado ao rugido de uma féra ou ao grito do pavão. Explica-se o grito pela subita sahida, atravez da glotte estreitada, do ar expellido em consequencia da rigidez dos musculos abdominaes e respiratorios.

Vae então o rosto pouco a pouco, ficando arroxeado.

Ha convulsões tonicas e clonicas. No periodo das tonicas, os membros ficam inteiriçados e o tronco immobilisado.

Dura, em geral, uns trinta segundos.

Ficam as pupillas muito dilatadas, sem o reflexo á luz.

Ha tambem a presença do signal de Babinski. Todas as sensibilidades ficam suppressas e se o doente houver cahido sobre o fogo, vai-se queimando, sem que então sinta cousa alguma.

Ao passo que ha opisthotonos e distensão exaggerada dos membros, os dedos ficam fortemente flectidos sobre a palma, particularmente o pollegar que numa adducção e flexão extrema serve como elemento para evitar a duvida com a simulação.

A cabeça dirige-se para cima e para traz e ha desvio conjugado dos olhos na mesma direcção.

Muitas vezes ha neste periodo pequenas hemorrhagias capillares, de sorte que os olhos ficam vermelhos e ha numerosas ecchymoses pelo corpo, o que tambem serve para evitar a suspeita de simulação.

A lingua é frequentemente apanhada pelas maxillares em tonus e mordida fortemente.

Ha emissão involuntaria de urinas, fézes e liquido seminal.

O periodo das convulsões clonicas que a este se segue, dura em geral, de trinta segundos a cinco minutos.

Cessa a rijeza e contorções innumeras agitam o rosto e os membros que entram a se reflectir e distender rapidamente. Em geral, predominam de um lado as convulsões.

Os membros são sacudidos com tal violencia que se podem produzir fracturas e luxações. Da bocca escorre uma saliva, frequentemente sanguinolenta.

O pulso que era pequeno no periodo tonico, torna-se mais cheio e frequente.

A respiração é estertorosa, irregular e a pelle se vai inundando de um suór viscoso.

Depois vem um somno profundo que póde prolongar-se durante horas. Dorme o doente, roncando muito, e fica pallido, depois de ter estado arroxeado durante algum tempo.

As pupillas ficam então estreitadas.

Si se tomar a temperatura do doente, póde-se verificar então o augmento de alguns decimos.

Babinski encontrou exaggêro dos reflexos com clonus do pé, durante e depois da crise, o signal da extensão do pedarticulo, a que já me referi, e a abolição do reflexo anal.

Póde o somno durar muito pouco tempo ou a elle se seguir outro ataque. E' o caso, em que se dá o mal epileptico. Neste os ataques successivos podem ser em grande numero e commummente occorre grande elevação de temperatura, podendo sobrevir a morte por um processo de encephalite aguda. Toulouse e Marchand, em artigo na "Presse Médicale", de 5 de Julho de 1922, dizem que o estado de mal epileptico depende muitas vezes da suppressão brusca de brometo ou luminal, de abuso do alcool, de auto-intoxicação por estase intestinal, de traumatismos craneo-cerebraes, etc., sendo mais commum em que é sujeito a ter muitos ataques.

Ha nelle dous periodos: o convulsivo e o meningitico, sendo que este ultimo póde ser definido, mais apropriadamente, comatoso ou congestivo. Constata-se, em geral, augmento da pressão do liquor. Póde succeder que haja diminuição de pressão do liquor e nestes casos como num que houve na Clinica Psychiatrica, o distincto Assistente Dr. Adauto Botelho conseguiu a cura com injecções de sôro physiologico que augmentavam a pressão. Póde durar nove dias, mas é geralmente mais rapido. O prognostico de-

pende principalmente do grão da febre e do estado do pulso e não do numero de crises.

Nem sempre os ataques epilepticos se apresentam com toda a caracterisação clinica que tive ensejo de assignalar.

Muitas vezes o ataque se apresenta incompleto: ha o grito e um periodo muito rapido de tonismo; póde falhar o somno posterior, póde falhar o grito, etc. Ha casos em que alternam crises francamente hystericas e epilepticas incompletas. Foi em um caso destes que ouvi em Munich o Prof. Kraepelin falar a respeito das reacções maiores e menores do systema nervoso e dizer que póde a uma menor corresponder uma crise hysterica e a uma maior, uma epileptica. Dizia elle que tudo dependia da dosagem do excitante da cellula nervosa e da susceptibilidade á reacção prompta.

Assim um pessoa sujeita a crises hystericas póde, si tiver uma excitação um pouco mais forte, apresentar uma crise francamente epileptica.

Esta theoria que ouvi defendida pelo proprio Kraepelin, é curiosa sob o ponto de vista de interpretação pathogenica.

Halberstadt, em trabalho publicado na "Revue Neurologique" de 15 de Fevereiro de 1914, refere-se aos ataques epileptoides dos degenerados e fala numa epilepsia psychasthenica.

Oppenheim, em que elle se basêa, assignala como predicados dos ataques nesses casos: phobias, estados ansiosos e disturbios vaso-motores, antes das crises; accessos raros; coexistencia possivel da consciencia, ausencia de qualquer enfraquecimento mental e inefficacia do tratamento brometado.

Seria, a meu ver, possivel o facto da mesma interpretação dada por Kraepelin.

Halberstadt refere-se ainda á epilepsia provocada dos jovens degenerados, em que a crise só apparece depois do uso do alcool, de uma prisão, de um grande abalo moral.

Descreve demais as ausencias epileptoides accumuladas dos nevropathas moços, em que, em vez de haver uma série de ataques, ha uma serie de ausencias.

Henri Flournoy, nos "Archives de Psychologie" de Abril de 1913, publicou um interessante trabalho sobre a epilepsia emocional, em que defende a these de ser ella uma reacção anormal de origem emotiva.

A's vezes não ha ataques e são elles substituidos por *vertigens, ausencias, impulsos, tremores, paroxysmos visceraes, sensoriaes e psychicos.* Constitúem elementos da

chamada epilepsia larvada e representam equivalentes da epilepsia.

Na *vertigem epileptica* o individuo perde inteiramente os sentidos e cahe onde quer que esteja. A's vezes a cabeça se desvia ligeiramente para um lado, ha pequenas convulsões faciaes, secreção maior de saliva, micção involuntaria e ligeiro embaraço circulatorio e respiratorio. Curioso é que o epileptico vertiginoso perde mais depressa que o simples convulsivo, quer a intelligencia, quer a memoria. Póde ser acompanhada de pulso lento permanente ou phenomenos cerebellares ou bulbares (syndromo do nucleo de Deiters).

Na *picnolepsia* ha inhibição passageira da consciencia, quéda e relaxamento do tonus, o que se repete 3, 4 a 5 vezes por dia e tem duração de alguns minutos ou horas.

Chama-se tambem *narcolepsia ou ataques de Friedman.*

Na *ausencia* o individuo fica repentinamente muito pallido, perde a consciencia do que estava dizendo e de tudo quanto o rodeia, pronuncia, ás vezes, algumas palavras sem nexo, e volta a si, sem ter a menor noção de tudo quanto occorreu. Dura tudo apenas alguns segundos.

A's vezes, o individuo durante este periodo pronuncia um certo numero de palavras sem nexo ou então muito immoraes, de que não guarda a menor lembrança. Em vez de ser constituida por palavras, póde sel-o por actos e assim ha o caso celebre do juiz que em meio da audiencia, della sahia, entrava numa sala ao lado onde urinava, e voltava, sem que de cousa alguma se lembrasse. Outro caso é o referido por Legrand du Saulle, em que um viajante se despe num trem de ferro e urina nos joelhos de uma moça que se acha ao lado delle, sem que tenha consciencia do que faça. Hartenberg conta o caso em que um empregado do correio perde de repente a noção de distribuição de cartas e continúa a jogal-as ao acaso.

O *impulso epileptico* é sempre muito perigoso.

Sem que qualquer cousa pudesse fazer prever, avança o doente contra qualquer pessoa e a fere furiosamente.

Os golpes são frequentemente sem proporção com o objectivo e vê-se, ás vezes, a victima retalhada de facadas quando uma só já a havia assassinado.

Outras vezes, é uma série de insultos proferidos sem razão.

Em outros casos, o impulso é para rasgar as vestes, para se despir em publico, para caminhar. Neste ultimo caso ha o *automatismo comicial ambulatorio.*

Consiste elle no impulso a caminhar uma distancia maior ou menor, sem que o individuo tenha uma noção clara do que vai fazendo.

Muito se tem discutido a respeito destes casos, em que melhor fôra adoptar a interpretação pela hysteria ou qualquer episodio degenerativo.

De facto, si não houver a suppressão completa da consciencia, poder-se-ha logicamente ter duvidas em admittir tudo como epileptico.

Em alguns casos de automatismo ambulatorio actos tão complexos se realisam que se fica na duvida.

Assim, Laségue e Legrand du Saulle falam num epileptico que começou o automatismo em Paris e só voltou a ter consciencia em Bombaim.

Raymond cita um caso, em que, sahindo de Nancy, só voltou a ter consciencia em Bruxellas, deitado na neve.

Charcot fala num caso que durou oito dias.

O Dr. Eduardo Brandão Pirajá, em sua excellente these sobre "Epilepsia", discutindo muito bem a questão, busca solucional-a, admittindo uma consciencia rudimentar, incompleta.

Quer isto dizer que se não póde acceitar coexistencia de epilepsia e consciencia nitida e perfeita, mas se póde admittir a possibilidade de tudo occorrer com uma consciencia obscura, incompleta, pouco precisa.

A sub-consciencia acompanha estas crises mais longas de epilepsia.

Interessante é que, ás vezes, se praticam durante os periodos de automatismo actos que estão em desaccôrdo com a vida anterior do individuo.

O Prof. Cunha Lopes caracterisou um impulso curioso. A *hydrodypsomania* que consiste em ser forçado a *beber agua* por sêde insaciavel.

Em alguns casos, em vez dos ataques, ha crises de *tremores*, de *espasmos*, de *tiques*, a que se segue um grande abatimento. A's vezes, ha de repente, um somno invencivel, estertoroso e profundo.

Póde tambem, occorrer o tico de Salaam, formado por uma série de movimentos de flexão da cabeça e da parte superior do tronco, em numero de cerca de 50 por minuto.

Estas manifestações clinicas que constitúem verdadeiros succedaneos da epilepsia convulsiva e formam essencialmente o chamado *pequeno mal*, pódem apparecer sem que nunca se dê qualquer ataque ou alternando com elle.

Ha tambem *paroxysmos visceraes, sensoriaes* e *psychicos* que constitúem, rigorosamente, os chamados *equivalentes epilepticos*. Entre os *paroxysmos visceraes* e *sensoriaes* ha os accessos de angina de peito, as crises de vomitos, as de diarrhéa, as colicas intestinaes repentinas, os accessos de suffocação, as enxaquêcas, o tico doloroso da face, a asthma, as crises syncopaes, etc., accidentes todos estes que surgem sem causa, attingem a uma grande intensidade e rapidamente se dissipam, revelando assim o feitio epileptico.

Os *paroxysmos psychicos* merecem muito maior attenção.

Ottolenghi diz que o equivalente psychico que é justamente o paroxysmo psychico, constitúe essencialmente a epilepsia psychica. Póde não haver um só ataque e haverá, precisamente, a epilepsia psychica. Póde esta occorrer com os ataques e será a fórma psycho-motora.

Entre os equivalentes psychicos convém referencia ao delirio epileptico.

E' este brusco, muito violento, cheio de allucinações, mórmente da vista, em que predomina a visão da côr vermelha e de figuras aterradoras.

E' pouco duradouro e a elle se segue profundo torpor. Repete-se com um certo rythmo e quasi sempre com o mesmo feitio.

A's vezes, durante o equivalente psychico delirante póde surgir um impulso, provocado pelas allucinações, e um crime se seguir.

Além destes delirios rapidos que constitúem o pequeno mal intellectual, de Falret, ha o grande mal intellectual, em que se desenvolve um estado maniaco, ruidoso e demorado.

Depois de violentas crises convulsivas epilepticas póde haver disturbios psychicos e o individuo se apresentar como si fôra um typo de estupidez vesanica ou de catatonia.

Póde tambem succeder que depois do ataque, em vez de um somno profundo, fique uma turvação da consciencia e o individuo pratique uma série de actos disparatados e desconnexos.

A's vezes, ha o *toedium vitae* e o humor fica muito tristonho.

Outras vezes não ha o ataque, mas fica um tal máu humor, uma tal irritabilidade que parece que elle desejaria, viesse a convulsão allivial-o.

Os episodios confusionaes são muito communs na epilepsia e podem representar o unico equivalente psychico. Surgem em crises, sem uma causa apparente.

Como paroxysmo psychico póde tambem ser referida a dypsomania, impulso insopitavel para o alcool, em que se bebe em demasia, sem vontade e sem gosto. Nestes casos reconhece o individuo que o vicio é degradante, que o deve evitar, mas o não póde fazer, pois vem o impulso que o colloca em verdadeiro desespero, ficando na situação de um infeliz dypsomaniaco que se comparava ao cão damnado que não tendo a quem morder, morde a si mesmo. Este doente veiu mais tarde a morrer, ingerindo anosol, parecendo haver um suicidio quando, a meu vêr, buscava elle no impulso ingerir qualquer bebida picante, cujo gosto lhe lembrasse o alcool.

O *estado mental* do epileptico merece grande attenção. Pelas modificações que nelle se operam, pela frequencia dos disturbios psychicos, pela accentuada significação do equivalente psychico — sobeja razão aos auctores, para que admittam uma psychose epileptica.

A's vezes, antes de um ataque já se modifica o estado mental. O individuo parece apavorar-se deante da perspectiva da crise que sente vir. Fica triste, irritadiço e desabafa num máu humor terrivel contra quantos o cercam.

O competente Prof. Adauto Botelho escreveu um bem elaborado trabalho na Folha Medica, de 15 de Março de 1934, a respeito dos *aspectos mentaes da epilepsia.*

No tocante á mentalidade, accentúa bem a *bradypsychia,* a lentidão com que a actividade psychica se realisa, sem que isto signifique falta de intelligencia.

Mauz e Delbuck descreveram bem o caracter viscoso, pegajoso do comicial.

E' este frequentemente prolixo, descreve com muitos detalhes tudo quanto quer dizer, agarra-se ao interlocutor, repisando os mesmos argumentos: O *glyschroide* se traduz pela viscosidade, pegajosidade e adherencia affectiva.

Em alguns casos não ha no doente a menor noção da crise a vir, mas as pessoas de casa notam a sua mudança de humor. E' muito raro que um epileptico tenha um genio alegre e prazenteiro como alguns auctores admittem.

No entanto, si o feitio predominante é a tristeza, esta se aggrava e se addiciona á irritabilidade, si está para vir o ataque. Outras vezes, esta modificação de humor substitúe a crise convulsiva, tomando então um feitio paroxystico.

O Professor Franco da Rocha, em seu excellente livro de "Psychiatria Forense", compara o epileptico á descripção das solaneas que segundo lhe disséra um botanico, "têm um aspecto sombrio que de longe lhes denuncia o aspecto da familia".

O seu aspecto é sombrio e soturno, com um olhar escuro em que transparecem tristeza e irritabilidade.

Aborrecido pela desgraça que o fére, busca isolar-se. Pelo egoismo natural de doente revolta-se contra a alegria dos demais.

A susceptibilidade é maxima. Basta que se verifique um pequeno deslise na attenção que se lhe tribute, para que uma irritabilidade crescente o domine.

Discute-se muito a questão da capacidade intellectual do epileptico. Muitos admittem que, em prazo mais ou menos curto, consoante a intensidade das crises, particularmente as de epilepsia psychica, uma grande decadencia intellectual se processará. A contrariar esta asserção temos o facto de ter sido sabidamente epileptico um dos nossos maiores litteratos, e terem tambem sido victimas do mal comicial Mahomet, Cesar e Napoleão, nomes que por si sós encheram uma epocha.

Póde-se, porém, ter como positivo que a epilepsia psychica predispõe mais á inferioridade intellectual e que esta é, não raro, o fructo de um tratamento brometado exaggerado e intempestivo.

Sante de Sanctis, em artigo publicado na "Revista Ospedaliera", de 1.° de Fevereiro de 1912, discute bem a questão do caracter epileptico.

Chama elle epileptoides individuos que sem ter accessos, apresentam o caracter epileptico.

Predicado deste seriam: grande mobilidade de humor, exaggêro de excitabilidade nervosa, crises impulsivas, tendencia aggressiva, inaptidão para o trabalho continuo e regular, habitos de colleccionador, tendencia a insomnia.

A instabilidade, predicado dos degenerados, verifica-se muitas vezes na epilepsia. Ora se decidem elles por uma cousa, ora não a querem mais. Mudam de emprego, porque nenhum lhes compraz.

Segundo estatisticas de Werthers, 8 % dos presos são epilepticos, muitos dos quaes vagabundos como effeito de uma epilepsia larvada.

Aschaffenburg encontrou em 78 % dos seus casos oscillações do equilibrio psychico e forte tensão emotiva.

Estas crises emotivas apparecem sob a fórma de accessos que representam equivalentes do ataque.

Podem assumir o feitio de uma grande ansiedade que leve o individuo a ter idéas de suicidio.

Crises allucinatorias, muito rapidas e intensas, têm sido assignaladas, predominando o cunho religioso ou persecutorio.

Excepcionalmente, surgirão crises de grande alegria. O normal é a tristeza ou a irritabilidade.

Muito curiosa é a uniformidade, com que se repetem as crises epilepticas. Um individuo que tem auras de um feitio ou equivalentes psychicos de um dado aspecto, volta a tel-as sempre com o mesmo aspecto. No feitio delirante, nas modificações do humor a mesma cousa se constata.

Quer como equivalente psychico da epilepsia, quer como elemento posterior aos ataques, tem sido assignalado o syndromo paranoide e então se verifica um delirio ligeiramente systematisado, baseado em interpretações falsas ou em allucinações do ouvido, mais ou menos logico.

Este syndromo paranoide é, commummente, de curta duração e nelle se antolha um testemunho de abaixamento do nivel intellectual que não permitte a reacção contra idéas que nem sempre são racionaes.

Na physionomia do comicial transparece frequentemente o abatimento e Roncoroni, em artigo publicado no "Il Policlinico", de 5 de Janeiro de 1920, chama a attenção para a hyposthenia do facial direito, particularmente do ramo inferior, o que faz com que a face do lado direito, na sua porção de baixo, se apresente cahida, quasi sem sulcos.

A *etio-pathogenia* da epilepsia é assumpto de grande monta, no qual muito vem porfiando os auctores.

Como regra se póde firmar que toda epilepsia é symptomatica e que aquelles typos que ainda hoje se apresentam como de epilepsia idiopathica, representam casos, em que a imperfeição da technica de exames ainda não permittiu constatar as pequenas alterações anatomicas ou disturbios humoraes que nelles existam.

Nos tempos modernos a syphilis e, particularmente a heredo-syphilis, vem representando um papel importantissimo na genesis desta supposta fórma idiopathica.

O sabio professor Pierre Marie publicou em 21 de Janeiro de 1928 um trabalho magistral, em que firmou a grande importancia de *processos toxi-infecciosos* como causa da epilepsia.

Assignalou tambem que accidentes durante o nascimento pódem influir em uma criança, provocar uma encephalite traumatica e causar a epilepsia. Esta dependeria menos vezes de syphilis, do que de um destes dous factores.

Outro ponto muito importante que elle frisou neste importantissimo trabalho, é que a epilepsia seria sempre symptomatica de uma lesão encephalica.

Os auctores tinham concordado em que toda epilepsia que só se inicia depois dos quinze annos, deve fazer pensar em syphilis, mas quando todas as provas de laboratorio são negativas, não se deve insistir nesta hypothese pathogenica e sim prestar attenção á possibilidade de infecções outras e, portanto, á inutilidade de um tratamento especifico mais ou menos rigoroso.

No 2.º Congresso Neurologico Internacional, reunido em Londres em 29 de Julho de 1925, o Prof. Jean Abadie frisou questões importantes: depender sempre a epilepsia de uma lesão dos centros nervosos; não se poder acceital-a como uma doença autonoma, essencial; ser ella um syndromo anatomo-clinico, não ser um mal hereditario e sim adquirido.

As causas mais frequentes das lesões que determinam a doença, são os traumatismos obstetricos, os traumas craneo-cerebraes da infancia e as toxi-infecções infantis.

Em qualquer *idade* póde surgir o mal comicial, mas, é normalmente muito mais grave aquelle que surge nos primeiros tempos da vida. Póde haver uma encephalite chronica que occasiona uma irritação permanente e irremovivel na côdea cerebral, contra a qual são infructiferos os nossos recursos. A epilepsia é igualmente commum no periodo de declinio da vida e então para ella concorrem os disturbios da vascularisação cerebral.

Quando o mal apparece dos 20 aos 35 annos, deve-se pensar em syphilis ou alcool.

Aos 15 annos, ha um typo chamado da puberdade que com ella coincide. Muitas vezes o tenho visto e como razão de ser se depara a retenção de productos toxicos de natureza ovariana ou testicular, que vão irritar o cerebro.

Tudo passa quando a puberdade se escôa, ou uma opotherapia intelligente é applicada.

No que concerne á *herança,* não é o mais commum o derivar o epileptico de epileptico.

Em geral, é elle filho de alcoolista (mórmente quando gerado numa relação sexual de alcoolisadó), ou de syphi-

litico, ou de hysterico, ou de personalidade psychopathica, etc.

Ha a herança transformada.

Kraepelin encontrou predisposição hereditaria em 87 % dos casos, ao passo que a herança similar apenas em 22 %.

O notavel Prof. Honorio Delgado, em trabalho muito bem feito, de 1935, verificou que a condição endogena é inconteste e que o poder de penetração do factor hereditario é approximadamente de 60 %.

E' de 10 % a média de epilepticos que descendem de pai epileptico, 3 % de irmãos que tambem o são. A estatistica de 1923, de Mme. Minkowsky, baseada em 328 casos, consigna 2,5 % para os casos de herança epileptica.

Turner em 1927 admittia, pelo contrario, 65 % de disposições hereditarias na epilepsia commum. Muskens, em 1928, em um terço dos casos.

No Congresso de Londres, de 1935, chegou-se á conclusão de que o factor herança não tem a importancia primordial que outr'ora se lhe attribuia, não ser a herança dissemelhante ou de transformação mais frequente do que nos individuos normaes, ser excepcional a herança similar, directa ou indirecta. A estatistica então apresentada foi de 5 a 6 % de casos de herança similar epileptica.

A herança alcoolica é muito frequente na epilepsia e Bleuler a constatou em 70 % dos casos.

Os individuos que têm pesada tara degenerativa e, particularmente, os que a ella sommam alcoolismo e syphilis, estão muito predispostos a ter filhos epilepticos.

Os *traumatismos* craneanos, quer na occasião do nascimento, quer pouco depois, podem concorrer poderosamente, para que se constitúa a epilepsia. E' que assim muitas vezes se fórma uma encephalite traumatica que se chronifica, acarretando uma irritação cerebral permanente.

As *emoções* violentas, por que passe a progenitora durante o periodo da gestação, os traumatismos que tenha recebido, pódem concorrer para que nasça um nevropatha e mesmo um epileptico. Curioso é que os auctores americanos provaram que a emoção por si só póde provocar uma hypersecreção supra-renal e thyreoidéa e Jolhain chegou a descrever uma crise hemoclasica emotiva.

Qualquer *intoxicação* chronica póde vir a gerar a epilepsia, porém a mais importante é o alcoolismo e das bebidas alcoolicas, o absintho. Pagniez e Lieuthaud observaram o facto do chocolate desencadeiar uma crise anaphylactica, dependente de auto-intoxicação e se traduzindo por

uma crise hemoclastica typica, com diminuição dos leucocytos que de 7.000 desceram a 3.600.

Doenças infecciosas de uma certa gravidade podem provocar a epilepsia. Ahi sempre inflúe a questão da meiopragia cerebral, fazendo com que seja o cerebro o ponto de menor resistencia deante do agente nocivo.

Curiosa é a interpretação das epilepsias reflexas, isto é, as que surgem consequentemente a pequenas irritações permanentes, muitas vezes localisadas em pontos distantes do cerebro.

E' o caso do individuo que tem uma irritação constante por nevroma, por exemplo, no sciatico e que começa a ter ataques epilepticos.

E' o caso, igualmente, dos que têm affecções do ouvido, polypos nasaes, defeitos de refracção, etc.

Em consequencia de compressão medullar, póde haver uma manifestação perfeita de epilepsia.

Houve quem considerasse ter uma grande importancia o estreitamento congenito do canal vertebral na sua porção superior.

A *puberdade* e a *menopausa* influem poderosamente, bem como os disturbios *catameniaes*.

Concorrem pela retenção de productos toxicos e consequente irritação do systema nervoso.

Na epilepsia que se inicia na velhice, muito inflúe o augmento da pressão arterial, bem como o apparecimento de qualquer hemorrhagia, embolia ou thrombose cerebral.

Quando á *pathogenia* da crise epileptico, invocou-se a hypothese da excitabilidade espontanea ou reflexa do bulbo.

E' a theoria de Schröder van der Kolk que encontrou o bulbo muito vermelho, com os capillares distendidos.

A pallidez da face e a perda de sentidos seriam explicadas pelo espasmo dos vasos da face e do cerebro, determinado pela excitação no bulbo dos vaso-motores do grande sympathico. Por esta theoria se não poderia explicar a genesis do estado mental epileptico.

A theoria cortical é muito mais razoavel.

Nella tudo se explica por uma irritação, directa ou indirecta, da zona motora cerebral, e está bem de accôrdo com as idéas de localisação cerebral e com os dados fornecidos pelos casos clinicos colhidos na guerra européa.

Uns dizem como François Frank, que a excitação da côdea cerebral acarreta congestão que géra a crise, outros como Naunyn, anemia. A theoria da anemia por espasmo tem alguns factos bem interessantes em seu favor.

Leriche observou em feridos do craneo o estado do cerebro durante a crise de epilepsia e verificou anemia cerebral, contracção dos vasos da pia-mater e parada dos batimentos cerebraes. Ha um espasmo vascular brutal que lembra muito a angina do peito e a doença de Raynaud.

Na interpretação da essencia dos ataques epilepticos, ha verificações muito interessantes. Ziehen, Binswanger, Rothmann e Fuchs dizem que a *parte tonica dos ataques* depende dos centros sub-corticaes, ao passo que a *clonica*, da *côdea cerebral*. Fuchs extirpava em animaes a côdea cerebral e verificava que as convulsões clonicas não appareciam mais, ao passo que as tonicas persistiam. Biswanger disse que o ataque epileptico, por inteiro, póde ser explicado pela acção dos *centros sub-corticaes*.

Villaverde, no Encéphale de Março de 1930, disse que a phase clonica dependia da excitação do campo pre-central (numero 4 na nomenclatura de Brodmann) e do campo frontal granulado (numero 6 de Brodmann).

Pela acção das fibras associativas a excitação de qualquer ponto do cerebro póde provocar crises convulsivas.

No Instituto de Psychopathologia tive dous casos muito interessantes de epilepsia, em um dos quaes havia espasmo de torsão no momento do ataque e no outro, myoclonia muito intensa, com accentuação na face. Outr'ora não se tinha como admissivel esta coexistencia.

Hoje ha mesmo um typo de *epilepsia estriada*, a que se referem Jakob, Spielmeyer, Vogt, Stertz e Bielkowsky.

Ha casos de *epilepsia sensitiva* e não motora que se traduziria por uma grande dôr e dependeria de uma *lesão no thalamo*. O essencial na epilepsia não é o ataque que póde falhar: é a perda da consciencia.

Ducosté fala em uma *epilepsia vegetativa* que se caracterisa por crises subitas de batimentos arteriaes ou accessos de erecção.

O Prof. Salmon admitte a existencia de um *centro infundibular epileptogenico*.

Demole e Marinesco demonstraram que o somno profundo que vem depois do ataque epileptico, dependeria de uma depressão funccional do infundibulum, considerado o principal centro regulador da vigilia e do somno.

Hartenberg admitte um estado de inhibição cerebral, com desorganisação brutal das chronaxias, impermeabilidade das synapses e bloqueio das vias nervosas, havendo como consequencia, interrupção de toda conducção e parada funccional dos centros cerebraes. Ha um espasmo vascu-

lar brutal, uma anemia instantanea, lembrando muito o que se passa na doença de Raynaud ou na angina do peito.

Ha quem exija a existencia de uma lesão cerebral, ha quem, apenas um disturbio funccional.

Este póde ser caracterisado por perturbações vaso-motoras de causa auto-toxica e no concernente a esta, muito se attendeu ao apparelho digestivo.

Defeitos no funccionamento deste, na regularidade das secreções digestivas, podem concorrer para uma certa estase alimentar, fermentações gastro-intestinaes e retenção de productos toxicos, ante os quaes não fica indifferente o systema nervoso meiopragico.

Por outro lado se tem de tomar em consideração o facto de serem ingeridos alimentos muito toxicos que possam comprometter a hygidez do systema nervoso. E' este o motivo, pelo qual muito se consegue no sopitar as crises epilepticas, quando se estabelece um regimem dietetico muito cuidadoso. Rosenhaim, em artigo de 1920, no "Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie" descreve o feitio de uma epilepsia reflexa que teria como causa uma irritação do nervo sciatico, por exemplo. Interessante é o desapparecer a epilepsia quando se arranca o dente de sizo, se retira uma cicatriz ou se remove uma rôlha de cerumen.

Outras interpretações em relação á etio-pathogenia da epilepsia têm sido invocadas, como a de Haig, em 1849, que a explicava como um effeito de intoxicação pelo acido urico. No bem elaborado trabalho do Dr. Gustavo Riedel, "Pathogenia e Tratamento das Epilepsias", apresenta elle experiencias que bem demonstram não ser verdadeira a idéa de Haig.

Guido Guidi dava como causa o carbonato de ammoniaco que existiria em excesso no organismo.

Claude e Blanchetiére deram como determinante uma alteração constante na nutrição mineral e um augmento do coefficiente azotourico.

Gustavo Riedel verificou augmento da acidez das urinas, elevação da taxa de phosphatos e diminuição da de uréa.

Estudos muito modernos a respeito do *equilibrio acido basico* na epilepsia, um dos quaes muito bem elaborado pelo Dr. Ary Ribeiro Vianna, chegaram á conclusão de haver alteração bem accentuada. Bigwood verificou periodos de verdadeira *alcalóse,* acompanhada de uma quéda de concentração em *ions calcium.*

O Prof. Claude disse em 1928 que uma phase alcalina precede os ataques e as vertigens. Villavian e Urra em 75 %, de casos encontraram acidóse.

Tusdhe e Weinberger verificaram augmento de calcio no sangue no periodo preparoxystico.

Tinel e Santenoise constataram em epilepticos de crises frequentes o *reflexo oculo-cardiaco* sempre *positivo* e o *reflexo solar invertido.*

Retinger constatou que antes da crise havia uma reducção de 50 % da *glycemia* normal.

Está hoje provado que tudo que possa *desequilibrar a circulação,* póde dar epilepsia. Uma emoção póde dar um ataque epileptico. Em Agosto de 1930, no Journal of Nervous and Mental Diseases, Notkin estudou muito bem a *affect-epilepsy.*

O choque emotivo póde determinar uma inhibição cortical, pathogenia acceita pelo notavel Prof. Nerio Rojas, da Argentina.

Albert Salmon, em trabalho na Presse Médicale de 13 de Março de 1935, assignalou o papel dos *nucleos diencephalicos* no mechanismo das crises epilepticas. Lhermitte firmou a existencia de uma *epilepsia diencephalica.*

Diz elle que paroxysmos epilepticos se traduzem por muitos phenomenos diencephalicos: a hypersomnia, a mydriase, os suóres, a polyuria, a hypertensão arterial, a hyperglycemia, a salivação, etc. que tambem se encontram quando ha o estimulo experimental dos nucleos infundibulares.

Foi verificado que ha substancias como a bulbo-capnina que em dóses muito fracas provocam o somno, em dóses maiores, crises catatonicas e em dóses ainda maiores, ataques epilepticos.

Guillotta demonstrou que a electrisação intra-cerebral por meio de correntes muito fracas, produz a narcose, sendo que correntes muito fortes provocam a catatonia e a epilepsia.

Estas experiencias falam em favor da hypothese de terem a narcose, as crises catatonicas e as crises epilepticas a mesma origem numa alteração da região diencephalica, onde se admitte um centro regulador do somno e dos centros tonicos, tendo a capacidade de causar movimentos convulsivos.

No artigo de Salmon, elle esposa a idéa de que uma reacção muito viva dos centros diencephalicos nos epilepticos se traduza por uma hypersecreção de pituitrina que

tem uma acção convulsivante. Emoções muito vivas trazem augmento consideravel de adrenalina e pituitrina no liquor. Como se sabe, a *emoção* é attribuida por Cannon á brusca reacção dos nucleos diencephalicos. Rouquier, no Encéphale de Maio de 1935, desenvolve o estudo da *epilepsia estriada*. Nella ha além das crises convulsivas, myoclonias, symptomas parkinsonianos e mesmo hystero-epilepticos.

O distincto Prof. Dmitri, da Argentina consignou em 1929 que a tensão arterial se apresenta abaixada no intervallo das crises. Elevando-se a tensão com recursos como a adrenalina, consegue-se, ás vezes, reduzir o numero de ataques.

A pequena percentagem de epilepticos com pressão normal chama a attenção para as alterações do pulso, para mais ou para menos.

O Dr. Oliveira Filho que foi muito operoso Assistente da Clinica Psychiatrica, fez um trabalho muito interessante sobre epilepsia e systema neuro-vegetativo.

Em 60 % dos doentes que observou, encontrou *desequilibrio neuro-vegetativo*, predominando a vagatonia.

Examinando o liquido cephalo-racheano, Donath encontrou a presença de cholina, producto degenerativo oriundo da lecithina, effeito da destruição das bainhas myelinicas. A cholina que se encontra tambem em outras doenças organicas do systema nervoso, foi tambem encontrada por Gustavo Riedel.

Ao passo que este entende ser ella um effeito de alterações organicas post-epilepticas, aquelle crê ver ahi uma causa.

O Prof. Adauto Botelho em optimo trabalho sobre a pressão do liquor, de Julho de 1933, refere que em 458 epilepticos, encontrou pressão do liquor normal fóra das crises, na maioria dos casos.

O quociente de Ayala ficava em geral abaixo de 5 ou entre 5 e 7.

Mais raramente era superior.

Examinando o sangue, verificou Riedel em suas observações que a densidade cresce durante o periodo convulsivo, ha diminuição da resistencia globular, augmento dos globulos vermelhos e brancos durante as crises (6.872.000 e 15.500); a alcalinidade póde ser computada em 2,34 %, e a média de hemoglobina em 75 %; em 21 casos houve franca eosinophilia, sendo que delles 15 não tinham para-

sitas intestinaes; ha hypertoxidez do serum de epilepticos para o cerebro de cobaias.

Num optimo trabalho publicado por Rosenthal, em 1910, no "Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie", demonstrou elle a existencia no serum sanguineo de epilepticos de um augmento na taxa de substancias anti-protéolyticas, e que durante o periodo que precede as crises, cresce o poder anti-tryptico.

Dods Brown, no "Journal of Mental Science", de Outubro de 1910, diz que ha uma modificação na viscosidade do sangue, que diz elle depender de uma toxina na circulação.

Schaw, no "Journal of Mental Science", de Junho de 1914, diz que a crise depende de uma anemia subita da côdea cerebral, a qual, por sua vez, se constitúe á custa de uma estase subita e agglutinação dos elementos nucleoproteidicos do sangue dos capillares corticaes.

Verificou elle que a alimentação copiosa em purinas para isto muito concorre e que a administração de alcalinos reduz a tendencia á agglutinação.

Os disturbios endocrinicos muito têm sido esmerilhados na interpretação da genesis da epilepsia.

Claude e Schmiergeld verificaram que o corpo thyreoide está frequentemente alterado nos casos de epilepsia, havendo escleróse, alteração quantitativa e qualificativa da substancia colloide e modificações das cellulas epitheliaes.

Por indicação do Dr. Gustavo Riedel, o pranteado cirurgião Dr. Alvaro Ramos fez num epileptico do Hospicio a thyreoidectomia parcial intra-capsular dupla, sem que se verificasse qualquer modificação na frequencia das crises epilepticas.

Parhon, Dumitresco e Nicolau, na "Revue Neurologique", de 30 de Agosto de 1912, apresentaram uma série de argumentos, pelos quaes acreditam que os disturbios thyreoidêos muito inflúem.

Na "Revue Neurologique", n. 9, de 1909, vem um bom artigo de Perrin e Richard, em que se estudam os disturbios endocrinicos e a epilepsia tardia. Analysam um caso, em que um basedowismo frusto e insufficiencia ovariana precederam as crises, em que se constataram tambem insufficiencias das parathyreoides, hypophyse e supra-renaes. Num segundo caso demonstraram insufficiencias das thyreoides, parathyreoides e ovarios.

E' facto real que disturbios endocrinicos muito concorrem para a genesis da epilepsia. Quem quer que tenha observado a epilepsia da puberdade que com esta surge e depois della cessa, quem quer que tenha visto casos de epilepsia na menopausa, quem quer que tenha notado quanto influem as irregularidades da menstruação ou o se avisinhar desta, no apparecimento das crises: não poderá negar a influencia do endocrinismo na epilepsia.

Em Maio de 1935, Rubinovitch assignalou que são principalmente as perturbações endocrino-vegetativas e humoraes da epocha pre-menstrual que facilitam o apparecimento da crise.

Encontram-se estados hypoglycemicos em todas as variedades da epilepsia.

Ha retenção de agua nos tecidos dos comiciaes, com modificações das formulas proteinica e lipoidica e do equilibrio ionico do serum.

Esta *retenção precritica da agua* bem verificada por Frisch, traz inchação dos colloides, alteração reversivel e passageira das funcções de barreira e abaixamento do limiar de excitabilidade cellular.

Esta é sempre um producto de intoxicação e irritação.

Alguns já trazem permanentemente uma espinha irritante como, por exemplo, uma encephalite chronica, uma meningite chronica, um vicio degenerativo hereditario cerebral, e o menor nonada será uma causa occasional para o desenrolar de uma grande crise.

Não é porém, indispensavel este preparo organico prévio.

Qualquer pessoa, sem a menor tara, póde tornar-se epileptica.

Basta por exemplo, adquirir syphilis.

E' questão de uma grave intoxicação e momentanea quéda da resistencia cerebral.

Deve-se ter em mente qne a epilepsia é sempre symptomatica de uma causa que para effeito da cura se deve com cuidado investigar. Roubinovitch, no "Bulletin Médical" de 29 de Setembro de 1921, assignalou o que observou durante a guerra e disse que quando ha um traumatismo craneano e surge a epilepsia, vem geralmente de tres mezes a um anno depois do accidente, consecutivamente a uma reacção meningéa, secundaria, depois de preparada a cicatriz. Pagniez, em 1921, escreveu que haverá tanto

mais risco de epilepsia, quanto maior fôr a producção de tecido cicatrical.

A *anatomia-pathologica* da epilepsia tem revelado lesões que muito se approximam das da paralysia geral.

Claus e van der Stricht fizeram cuidadosas demonstrações a respeito.

Isto tem importancia pratica, porque lembra a hypothese de haver mais casos de natureza syphilitica, do que geralmente se suppõe.

Si a epilepsia existe desde os primeiros tempos da vida, é obvio que se encontrarão os signaes de encephalite, mais ou menos circumscripta, atrophia de circumvoluções, cystos, amollecimentos e cicatrizes cerebraes.

Meynert chamou a attenção para a escleróse do corno de Ammon que póde ser uni ou bilateral. Nissl chamou a attenção para lesões diffusas da côdea cerebral.

Chaslin e Bleuler verificaram alterações diffusas da nevroglia.

Ha um augmento no numero das fibrillas da nevroglia e na espessura dellas.

Particularmente o facto se verifica logo abaixo da pia-mater.

As cellulas nervosas se apresentam reduzidas de volume, pobres de prolongamentos e sobrecarregadas de pigmentos.

Alzheimer diz que ha antes alteração da cellula e, posteriormente, proliferação da nevroglia.

Esta é particularmente notavel em torno dos vasos.

Modificações nas paredes dos vasos, mórmente na adventicia, se verificam. Hochhaus disse que se encontra uma intensa calcificação dos vasos cerebraes mais finos.

Frequentemente se encontram pequenas hemorrhagias e hyperemia venosa diffusa.

Segundo Alzheimer, muitas cellulas ameboides se encontram na substancia branca cerebral.

Nos ossos craneanos têm sido vistas deformações que attestam a degeneração physica que se constituiu no periodo embryonario.

Alfons Jakob, em trabalho publicado no "Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie", de 17 de Fevereiro de 1914, estudou bem os dados anatomopathologicos, constatando casos, em que havia escleróse tuberosa, escle-

róse lobar atrophica, modificações intimas estructuraes do cerebro no periodo evolutivo, processos de encephalite chronica mais ou menos diffusa.

Ha um trabalho de Steck, nas Annales Médico-Psychologiques de Fevereiro de 1936, em que elle dá grande valor á presença de cellulas ganglionares de Cajal e Retzius na camada mollecular da côdea.

São tambem muito encontradiças a esclerose marginal de Chaslin e a escleróse do corno de Ammon.

Spielmeyer consignou tambem a escleróse lobular do cerebello. Minkowski deu grande valor á lesão da oliva bulbar.

Neuburger achou cicatrizes no myocardio nos casos chronicos e pequenas necroses ischemicas depois de um estado de mal epileptico.

Spielmeyer affirmou que as lesões principaes que se encontram nos cerebros dos epilepticos, são consequencia da crise epileptica e particularmente das perturbações vasculares que precedem a crise epileptica.

No que concerne ao *diagnostico differencial* da epilepsia, deve ser elle analysado durante as crises e fóra dellas.

Elementos de grande valor para a caracterisação de um ataque epileptico são: a dilatação pupillar, com a perda da reacção á excitação luminosa, o signal plantar de Babinski e a presença de ecchimóses, particularmente subconjunctivaes. Outros pontos de significação para o diagnostico são a perda de consciencia, o grito inicial, a rapidez da crise, o facto de cahir o doente onde quer que esteja e por este motivo se ferir gravemente, e o torpôr profundo consequente, com respiração estertorosa.

Para alguns tem importancia a adducção forte do pollegar durante a crise, mas póde ser simulada.

O simulador não conseguirá, porém, reproduzir os outros signaes, a que me referi, nem tão pouco revelar a palidez da face do inicio da crise, o espasmo arterial da phase tonica, o pulso cheio da phase clonica, o predominio de convulsões de um lado do corpo e a abolição da excitabilidade sensitivo-sensorial aos excitantes mais fortes.

A questão da perda da memoria e da consciencia é de grande monta. E' crença geral que não deve ser tida como epileptica, uma crise, em que se não perde a consciencia e de que se guarda a lembrança.

Legrand du Saulle e Christian foram os maiores pregoeiros destas idéas.

No entanto, Bianchi, Krafft-Ebing, Tonnini, Lombroso, Georget, Afranio Peixoto, etc., descreveram casos, em que não houve inconsciencia, nem amnesia consecutiva.

Elles mesmos, porém, assignalaram que isto é a excepção e que nella só se deve deter o raciocinio quando houver a coexistencia de outros caracteres positivos do mal comicial.

Modernamente ha a prova da *hyperpnéa provocada* que serve para se saber si uma crise foi epileptica ou não. Faz-se com que o doente respire profundamente 10 a 15 vezes por minutos. Fica-se a observar o doente a respirar profundamente durante um periodo que póde ser de 10 minutos.

No fim deste tempo, ou mesmo antes, irrompe uma crise convulsiva epileptica ou pelo menos, ha um estado de ansiedade, ou de tontura, ou de angustia, que noutros doentes não occorre. Outro meio muito interessante para provocar um ataque epileptico e assim firmar o diagnostico, é o que Muck, de Essen, em 1935, caracterisou no Münchener Medizinische Wochenschrift.

Mande-se que se sente o individuo suspeito de ser epileptico e lançe-se durante 20 a 30 minutos, *chloreto* de *ethyla* no lugar em que se toma o pulso radial, de um lado ou dos dous lados, até que se fórme uma camada nevosa espessa. Em 100 casos, nada observou nos individuos normaes e nos epilepticos apparecem accessos convulsivos, com os signaes caracteristicos.

Curioso é que, ás vezes, ha na epilepsia crises hystericas e Bernheim no "Journal des Praticiens", de 27 de Abril de 1918, publicou um interessante artigo, em que vi esposadas idéas a que já me referi, por ter ouvido expostas pelo Prof. Kraepelin.

Diz Bernheim que a epilepsia póde ser hysterogenica, mas que a hysteria nunca é, só por si, epileptogenica.

Kraepelin generalisa mais.

Vem agora á mente a questão do diagnostico differencial com a *hysteria.*

Nesta tudo é criado pela suggestão e removido pela influencia exclusiva da persuasão.

Basta esta, mais ou menos apparatosa, para que a crise césse por completo. A persuasão não conseguirá fazer cessar uma crise epileptica. O hysterico não perde a consciencia, nem tem amnesia consecutiva. Quando cahe, escolhe o lugar em que o faz , evitando em geral, contundir-se.

Não ha signal de Babinski, nem rigidez pupillar com suppressão do reflexo á luz, nem o apparecimento de ecchymóses espontaneas.

Demais, o ataque hysterico é muito mais demorado, surge muitas vezes depois de uma emoção, ha attitudes passionaes durante as crises e si se não presta muita attenção a ellas, mais depressa se esvaem.

Como um attestado de toxemia gravidica ha ás vezes um phenomeno gravissimo, chamado *eclampsia*.

Féré diz que ella nada mais é que a verdadeira epilepsia, mas outros auctores, tomando em consideração que a doente neste periodo póde ter estas crises epileptiformes e depois nunca mais voltar a tel-as, pensa em distinguir uma da outra.

Na eclampsia, sempre effeito de uma insufficiencia hepato-renal, não ha o grito inicial, ha, no começo, convulsões fibrillares dos musculos da face e das palpebras, movimentos muito repetidos dos globulos oculares, não havendo, em geral, qualquer aura, nem tão pouco sobrevindo o somno profundo posterior, tão commum na epilepsia.

Não ha tambem emissão involuntaria de urinas. Voisin e Rendu dizem que o ataque de eclampsia se distingue da crise epileptica, pelo facto de haver sempre um estado de hypertensão arterial que precede o apparecimento da crise.

São, de facto, estas, filigranas para o diagnostico differencial e bem parece que se trate de crises epileptiformes, consequentes a uma toxemia gravidica, e que si se não repetem ellas, é que cessou o estado particular que as condicionou e que acarretou em ultima analyse uma grande irritabilidade da côdea cerebral. E' mais um documento de que a epilepsia é sempre symptomatica.

Igual duvida surge no que se refere á *eclampsia infantil*, ás chamadas *convulsões das crianças*.

Alguns auctores dizem que ellas nada mais representam que ataques epilepticos que mais tarde podem reapparecer. Brachet, Trousseau e Kirmisson disseram que 80 % dos seus epilepticos tiveram convulsões na infancia. No entanto, convém assignalar que é relativamente avultado o numero de pessoas que tiveram convulsões quando pequenas, e que, todavia, mais tarde cousa alguma tiveram que lembrasse a epilepsia.

Elementos clinicos differenciaes têm sido apresentados, convindo lembrar entre elles o facto de que nas con-

vulsões das crianças ha hyperexcitabilidade galvanica e espasmo da glotte, o que nunca se encontra na epilepsia, não ha aura, nem grito inicial, nem mordedura da lingua, nem o somno estertoroso da epilepsia, nem manifestações do pequeno mal no intervallo dos ataques, nem modificações de caracter e intelligencia.

Muito frequentemente as convulsões das crianças surgem no decurso de uma toxemia que traga grande pyrexia. Os movimentos predominam na face, particularmente nos globulos oculares.

Em muitos casos ha apenas convulsões clonicas.

E' cousa sabida que o adulto quando tem muita febre, delira, ao passo que a criança tem convulsões, Cessa a febre e estas não voltam. Isto é um elemento differencial importante, pois commummente na epilepsia não ha febre.

Tomando em consideração que é a epilepsia sempre symptomatica, póde-se ter a eclampsia infantil como uma reacção epileptiforme a uma causa toxica de pouca monta, que actúa sobre um cerebro meiopragico na sua phase evolutiva.

Em summa, irritação pequena sobre um cerebro hypersensivel.

Wernicke disse que o conceito da epilepsia se tornaria fluido como o corpo de um polypo marinho, si se admittisse a possibilidade de psychose epileptica, sem que em qualquer tempo tivessem occorrido ataques convulsivos do typo classico ou, pelo menos, ataques de pequeno mal. Desta opinião é igualmente Biswanger, Falret, Duval. Sant e Kraepelin acreditam tambem na existencia da epilepsia puramente psychica.

Partilho desta opinião muito logica e por isso entendo que se deve ampliar o diagnostico differencial para os casos, em que possa não ter occorrido qualquer convulsão.

Póde occorrer a duvida entre *psychose alcoolica* e epileptica, isto é, haver hesitação entre a idéa de alcoolismo banal e a de dypsomania, isto é, impulso para beber.

A dypsomania póde ser uma manifestação epileptica e então o individuo tem um impulso irresistivel para beber em demasia, sem prazer, sem escolha de bebidas. O alcoolista bebe com prazer, porque os outros o convidaram, consciente de que o faz.

O epileptico tem a onda impulsiva e toma qualquer bebida, mesmo que seja apenas picante.

Quando um individuo é muito sensivel ao alcool e com uma pequena quantidade apresenta logo phenomenos de grande excitabilidade, deve se pensar em epilepsia larvada.

Para distinguir o *delirium tremens* do estado crepuscular epileptico, deve-se tomar em consideração haver naquelle o tremor, o suór, a sensação do eu anormal e a referencia dos conhecidos ao abuso do alcool.

Como na epilepsia ha crises de excitação que apparecem com um certo rythmo, poder-se-hia estabelecer a duvida em relação á *psychose maniaco-depressiva.* Nesta, porém, as crises são mais demoradas, menos violentas e se não encontra nos intervallos qualquer accidente do pequeno mal.

Distinguir um *eschizophrenico catatonico*, impulsivo, de um epileptico, não offerece grande difficuldade, desde que se attenda a que na eschizophrenia ha sempre perda de iniciativa, de affectividade e associação extravagante de idéas.

Poder-se-hia confundir com o *delirio episodico,* mas este é mais demorado, não tem a turvação da consciencia do epileptico, nem tão pouco ha a violencia que neste occorre.

O *prognostico* da epilepsia deve ser tido, em geral, como favoravel. Sempre symptomatica de uma causa muitas vezes removivel, é logico que tirada esta, se possa ter certeza da cura.

O *tratamento* se divide, pois, em duas partes: recursos que removam a causa do mal, e recursos que attenúem os effeitos, emquanto esta se não conseguir retirar.

Muitas vezes a causa é a syphilis e, mórmente si os recursos de laboratorio o comprovarem, deve-se ensaiar o tratamento mercurial. Emprego, commummente, o cyaneto de mercurio, quer sob a fórma de injecções intra-musculares, quer intra-venosas.

Aconselho tambem o 914, sempre em dóses de 30 centigrammas, semanaes, durante periodos de dous mezes.

"La Médicine", de Fevereiro de 1920, publica um bom artigo de Babonneix em que se preconisa o tratamento especifico e se assignalam suas vantagens em casos, em que, ás vezes, havia uma pequena suspeita de heredo-syphilis.

Diz elle que o tratamento deve ser feito desde cedo e durante um periodo muito longo.

O iodeto é muito util na epilepsia de causa syphilitica, devendo ser dado em dóses de 2 a 3 grammas diarias.

Si houver qualquer suspeita de que a epilepsia esteja ligada á paralisia geral, nunca se deve dar mercurio.

Si a epilepsia derivar do abuso do alcool ou de qualquer toxico, nada se conseguirá, sem que seja elle supprimido.

Si houver anteriormente um traumatismo craneano e se suspeita que haja uma esquirola ossea a comprimir a zona rolandica, dando um typo de epilepsia chamado bravais-jacksoniano, convém intervir a removel-a e curar o doente.

Cirurgiões ousados têm tambem procurado remover placas circumscriptas de encephalite chronica, tumores, etc.

Consoante interpretação pathogenica da epilepsia, houve o methodo de Hamilton, de ligadura das carotidas, de Jackson, de ligadura das vertebraes, e de Jaboulay e Alexander, de acção do sympathico.

O methodo de Jackson foi ensaiado no Hospicio Nacional pelo Prof. Barata Ribeiro, sem que, porém, se colhesse qualquer resultado positivo.

Representando as toxi-infecções da origem gastro-intestinal um papel importantissimo na genesis da epilepsia, podendo verificar-se ahi a causa fundamental desta, tem-se procurado impedil-as, para conseguir a cura.

Com este objectivo, é preciso prestar grande attenção ao regimen dietetico. Rosenhaim aconselha um regimen, em que entram leite, chá, pão, manteiga, gemmas de ovo, pastas alimentares, fructas, legumes e farinaceos.

O regimen lacteo-vegetariano mixto que se emprega no Hospicio, consiste em leite, café, pão, canja de gallinha, arroz, batatas, um pouco de carne cosida, gemmas de ovo, fructas e hervas.

Tudo é bem dosado, em pequena quantidade.

Outro ponto importante é ser o alimento preparado sem sal.

Mais de um doente tenho visto, sujeito ao regimen achloretado ou hypo-chloretado, que entra logo a ter crises epileptiformes no dia, em que por descuido, numa casa de cerimonia, faz uso de uma comida um pouco salgada.

No entanto, modernamente ha quem julgue necessario o chloreto de sodio na epilepsia.

Escobar Bordoy, em 1928, dizia que a administração de *chloreto de sodio* que é capaz de produzir acidóse e hypotensão do liquor, que normalmente neutralisa os toxicos e

mantem o equilibrio biologico do organismo, deve impedir e curar os accidentes epilepticos.

Num trabalho que em 1905, escrevi sobre "Tratamento da epilepsia", assignalei as vantagens de uma formula do Prof. Urbano Alessi, de Pisa, em que se visa evitar que as fermentações gastro-intestinaes preponderem.

E' a seguinte formula:

Arseniato de sodio	1 millig.
Phosphureto de zinco	5 milligs.
Phosphato de calcio	8 ctgs.
Benzonato de sodio	aã 20 ctgs.
Pancreatina	

Em uma capsula.

M.e n. 30. Tome de 1 a 3 cada dia, nas refeições.

Ainda actualmente, uso empregal-a em muitos casos, com muito bom resultado.

Em 1902, Bra procurou demonstrar que o epileptococcus era um germen que se encontrava no sangue dos epilepticos e provocava as crises; Charles Reed, em 1915, disse ser causa, o bacillus epilepticus que elle e Hyatt procuraram isolar e cultivar.

Estes factos soffreram discussão e formal contestação e, por isso, se não insistiu na idéa de curar o mal, preparando uma vaccina com este germen.

Drompt, em 1911, apresentou uma these em Montpellier, em que muito bem estudou a questão da sorotherapia na epilepsia.

Assignalou elle que têm sido empregados, sem um resultado decisivo, o sôro glucosado, o sôro sanguineo de animal brometado, o sôro sanguineo de animal, o sôro de epileptico, o sôro de epileptico curado, os sôros venenosos de glandulas endocrinicas e os sôros de propriedades anti-neurotoxicas.

Estes recursos todos visam corrigir a causa da epilepsia.

Outros visam remover apenas os signaes clinicos della.

Destes, aquelles com que tenho colhido os melhores resultados, são: a bromocarpina (tres colheres de sopa cada dia), o anti--epileptico de Liége (quatro colheres de sopa cada dia), o sedobrol Roche (tres medidas cada dia), as drageas de Gelineau (quatro cada dia), o edhanol, o anepon, a triclipsina.

Uma formula que prescrevo com muito bom resultodo, é a seguinte:

R. —

Brometo de sodio	20 grs.
Agua de louro cereja	50 grs.
Extracto de belladona	15 ctgrs.
Extracto fluido de Solanum carolinense ..	10 grs.
Xarope de Leptolobium elegans.	240 grs.

Tome 4 colheres de sopa cada dia.

Emil Oberhaltzer publicou em 9 de Novembro de 1914, no "Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie", um longo artigo, em que assignala vantagens do sedobrol.

Ha outros methodos de tratamento, em que se vê como base o brometo.

Assim, o de Bechterew consiste na associação de brometo de potassio a Adonis vernalis ou mesmo outro qualquer cardiotonico. Demais, na formula, se usa um pouco de dionina.

A dosagem é de 5 grs. de brometo, 4 de adonis e 2 centigrs. de dionina.

O methodo de Flechsig consiste em dar brometo e opio, receitando-se o uso de extracto thebaico, em dóses crescentes de 5 centigrs. a 1 gr., 50, durante 6 semanas, e passando depois ao brometo, dous mezes, de 7 gr. a 50 diarias, descrescendo até 2 grs. diarias.

O methodo de Ziehen pouco differe deste.

Manda dar o opio bruto em pilulas de 5 centigrs., tres por dia, nos dous primeiros dias, augmentando depois uma pilula cada dia, de dous em dous dias.

Quando se chega a 90 centigrs. diarios, suspende-se e passa-se ao uso diario de 6 grs, de brometo.

Devo declarar que com quauquer destes tres methodos nunca vi resultado qualquer animador. Demais, o uso do opio me parece irracional na epilepsia.

O methodo de Kowalewsky consiste em associar o brometo ao iodeto de sodio.

O methodo de Charcot consiste em dar apenas brometo, sendo dadas 4 grs. na 1.ª semana, 5 na 2.ª, 6 na 3.ª e 7 na 4.ª descendo depois uma gramma cada semana, subindo outra vez e assim por diante.

Usa-se tambem associar o brometo ao benzoato de sodio e modernamente, nos Estados Unidos, ao borax.

O methodo de Gilles de la Tourette consiste em dar brometo em dóse tão alta que chegue a determinar dilatação da pupilla e diminuição das reações luminosas e accomodativa. E' este um processo perigosissimo.

O methodo de Richet e Toulouse consiste em dar apenas 2 grs. diarias de brometo, supprimindo-se o sal da comida.

O tratamento pelo brometo, si, ás vezes, tem a indiscutivel vantagem de ser o unico que consegue acalmar muito o individuo, abaixando-lhe porém o nivel intellectual, reduzindo-lhe a memoria, determinando-lhe disturbios gastro-intestinaes e enchendo-lhe o rosto de espinhas suppuradas. Ulrich diz que compressas embebidas em uma solução de chloreto de sodio a 10 % impediriam que as espinhas se desenvolvessem e o mau cheiro que ha ás vezes na bocca, póde desapparecer com a lavagem da bocca com uma solução salgada a 1 %.

E', por este motivo, que outros preparados têm sido empregados.

Modernamente, Pierre Marie, Crouzon e Bouttier aconselham com grande enthusiasmo, o *tartarato borico-potassico,* na dóse média de 3 grs. cada dia, em solução aquosa.

Muitos trabalhos têm sido publicados, inspirados por elles, revelando confiança no tratamento.

Nos meus clientes não colhi, infelizmente, resultado vantajoso.

Tenho colhido resultado com o *luminal,* a que Dercum se mostrou muito favoravel.

E' o melhor tratamento que hodiernamente existe para a epilepsia.

A dóse deve ser de 20 a 30 centigrs. Prefiro empregar 5 centigrs., quatro vezes cada dia.

Emprego com optimo resultado as pilulas seguintes, em que numa fórmula minha associo excellentes remedios para a epilepsia.

Luminal .... Extracto de meimendro ..	} aã 5 centigrs.
Dito de belladona .... Pó de belladona .... Sulfato de esparteina	} aã quinze milligrs.

F. S. a 1 pil. M.e n.o 40.

Tome duas de dia e duas de noite.

Em Julho de 1934, escrevi um longo artigo, nos Archivos de Neuriatria e Psychiatria, em que refiro tudo que tenho conseguido na minha clinica.

Apresentei á Academia Nacional de Medicina em 16 de Abril de 1925 um trabalho, em que preconiso como methodo moderno de tratamento da epilepsia a associação de dous dentre os melhores remedios contra a epilepsia que são o brometo, o luminal, a belladona e o tartarato borico-potassico, conseguindo-se assim resultados optimos com dóses pequenas de cada qual. Assim receito luminal com belladona, brometo com luminal, brometo com belladona, etc.

Das pilulas com a minha formula de luminal, dou a principio, quatro por dia. Depois passo a dar uma de dia e duas de noite. No fim de um mez, começo a diminuir tres centigrs. de luminal, de quinze em quinze dias. Vou até dar uma dóse minima de luminal que mantenho durante muito tempo.

Faz muito mal suspender bruscamente o luminal. Pódem surgir então crises de grande intensidade.

Pagniez, na Presse Médicale de 4 de Julho de 1934, preconisa associar o luminal ao rutonal, em dóses pequenas de cada um, com resultados mais seguros.

O Prof. Cunha Lopes, em optimo trabalho de Abril de 1935, aconselha dóses crescentes de luminal, até attingir a dóse individual, efficaz, mantendo, a dóse de entretenimento, fraccionada, por muito tempo, e depois descendo a pouco e pouco.

Recommenda também as injecções de luminal, suppositorios e clysteres.

Maillard aconselha 60 centigrs. de luminal, mas acho muito perigoso.

Fischer acha que se deve dar apenas a dóse de 15 centigrs. em tres capsulas.

Fuchs e Curschmann acham que elle é particularmente util na epilepsia nocturna.

Schuster cita um individuo que fez a guerra toda, atravessando todas suas fadigas, tomando cada dia 30 centigrs. de luminal.

Julius Grinker, em longo artigo no "Journal of American Medical Association" de 2 de Setembro de 1922 e o distincto especialista Dr. Cunha Lopes que em 1922 escreveu uma these muito bem documentada, mostram-se enthusiastas das vantagens deste methodo de tratamento.

Trousseau aconselha o uso de pilulas com 1 centigr. de belladona, duas a tres cada dia.

Gowers aconselha o borato de sodio, na dóse de 6 grs. diarias, como maximo.

Paoli aconselha o uso de azul de methyleno, 30 centigrs. cada dia.

O methodo de Herpin consiste em dar o oxydo de zinco, em dóses crescentes de 2 centigrs. a 6 grs. diarias.

No estado de mal epileptico, dá muito bom resultado a *acetylcholina*. Pode-se usar injecções de 20 centigrs. Clysteres de *chloral* são tambem vantajosos. Outros preferem injecções de *somnifenio*.

Methodos electrotherapicos e hydrotherapicos têm sido empregados, sob feitios diversos, sem maior resultado.

Ornstein e Ebrenwald, no entanto, obtiveram optimo resultado com a *diathermia* na região frontal.

O Dr. Fausto Gaertner preconisa a ionisação transcerebral iodurada. Utilisa uma solução aquosa centesimal de iodeto de potassio, em sessões de 30 minutos, com uma intensidade de 3 a 5 milliampéres. Em 35 casos de epilepsia generalisada 7 doentes sararam, 9 melhoraram sensivelmente e 7, regularmente.

A associação de productos opotheraphicos como parathyreoide, testiculo ou ovario, ao brometo póde dar bons resultados.

Do mesmo modo, a associação de brometo ao uso do fermento lactico. Fischer aconselhou como meio de cura o tratamento das supra-renaes, o que Brunning pela primeira vez praticou. Klienenberger aconselha tirar uma das supra-renaes. Depois achou mais prudente fazer uma simples irradiação mais profunda pelos raios X.

Vê-se pois que são numerosissimos os methodos de tratamento da epilepsia. No entanto, muitas vezes todos elles falham e não ha outro recurso, sinão recorrer ao brometo, com todos os seus defeitos.

Seria porém, lamentavel que, confiante na sua acção sedativa, se entendesse o problema resolvido. E' preciso sempre em qualquer caso de epilepsia investigar a causa e procurar removel-a. Muito frequentemente nos é possivel conseguil-o.

Assim se poderá dominar radicalmente uma das mais terriveis doenças que os clinicos têm estudado.

HYSTERIA

Póde-se dizer que de quantos problemas se vem accupando a psychiatria, foi o da hysteria aquelle que maior transformação soffreu nos ultimos tempos. Antigamente era um diagnostico que se encontrava a cada passo nas estastisticas do Hospital de Alienados: hoje raramente é encontrado.

E' que a doutrina de Babinski transformou completamente a interpretação dos casos.

Babinski *define* a *hysteria* um estado psichico particular que torna o individuo que nelle se encontra, capaz de auto-suggestionar-se.

Manifestações primarias e secundarias se encontram.

O que caracterisa as perturbações primitivas, é ser possivel reproduzil-as pela suggestão com uma exactidão rigorosa em certos individuos e fazel-as desapparecer pela influencia exclusiva da persuação. O que caracterisa as perturbações secundarias, é que estão ellas estreitamente ligadas ás perturbações primitivas.

Por esta deffinição que synthetisa todo o ponto de vista individual de Babinski, vê-se bem quanto se circumscrevem os limites da hysteria.

Nella só se poderá conter o que possa vir pela suggestão e desapparecer pela persuasão.

Por isto, muito do que antigamente se chamava hysteria, não cabendo nestes limites, é hoje rotulado por outra fórma e é por este motivo que esta rubrica clinica já vai rareando nos asylos de alienados.

Muitos casos de eschrizophrenia, de psychose maniaco-depressiva, de delirio episodico, etc., seriam antigamente diagnosticados como hysteria.

Outro problema, tambem muito interessante, é o da loucura hysterica.

A' medida que mais cuidadosamente se vão rebuscando detalhes, vai-se vendo que não ha loucura hyste-

rica, e sim delirio hysterico, pois para que haja loucura, é preciso que haja transformação da personalidade e se não poderá conceber que se constitúa esta por um simples processo suggestivo.

Do estado mental hysterico que se entendia caracterisado por uma série de predicados desfavoraveis, muito não ficou que não caiba no que é peculiar a qualquer degenerado commum.

A doutrina de Freud veio focalisar muito as questões sexuaes no dominio da hysteria e ensinar a fazer uma psychoscopia intelligente nestes doentes.

Vê-se pois que houve uma remodelação completa nos estudos da hysteria e que o capitulo desta nos livros de psychiatria é quasi inteiramente differente do que nos antigos manuaes se encontrava.

Para se fazer obra methodica, deve-se comparar os termos da hysteria antiga com os da moderna, a bem se interpretar onde divergem.

Outr'ora, havia um certo numero de signaes, os chamados *estygmas hystericos,* que se consideravam essensiaes para caracterisação clinica.

Consistiam em *perturbações da sensibilidade,* da *motilidade, vaso-motoras e trophicas,* da *reflectividade* e *psychicas.*

Havia entre as perturbações da sensibilidade, as da *sensibilidade geral* e da *especial.*

Entre as primeiras haveria anesthesias, hyperesthesias e paresthesias. As *anesthesias* podiam tomar o feitio de hemianesthesia sensitivo-sensorial ou em placas e ilhótas.

A's vezes, a anesthesia occupava um segmento do corpo como si fosse uma luva ou uma meia, e se via uma doente como em tempos idos me foi mostrado, que se mostrava insensivel a qualquer toque ou picada até uma certa altura e contornos que bem lembravam uma meia.

Si casos existiam como este que um medico do Hospicio, muito competente, me mostrava, é que como muito bem accentuou mais tarde Babinski, havia a suggestão do medico que embóra sem o querer, lembrava ao doente a possibilidade de haver uma suppressão da sensibilidade, tão especial.

Assim, ia elle perguntando ao doente si elle sentia bem, se sentia tão bem a picada num lugar como noutro, si ainda continuava a sentir, etc., e assim admittia a pos-

sibilidade de deixar de sentir e a insinuava. Ora, no methodo moderno se procede de modo diverso.

Appella-se para a intelligencia na transformação do doente e tocando-se em pontos diversos, pede-se que com o dedo indique os lugares, em que se fôr tocando. Basta esta diversidade do methodo de exame, para que tudo se modifique e o doente revele sentir onde antes nada sentia. Em uma cliente que me veiu de Pernambuco com uma anesthesia hysterica, facilmente, pelo processo moderno de Babinski, consegui a cura completa.

Entre as *hyperesthesias,* havia zonas chamadas hysterogenas, cuja compressão chegava a ponto de provocar crises convulsivas.

Hoje está verificado que si se fizer o exame sem que se chame a attenção do individuo para o ponto que se comprimir, haverá a ausencia de qualquer exteriorisação de violenta reacção.

Outras vezes, a compressão da zona de hyperesthesia não determinava uma crise convulsiva e sim um estado de extase.

Deste feitio seria o caso, a que se referia em aula o Prof. Teixeira Brandão, no qual a pressão da região hepatica inferior suscitava logo o extase.

Quanto ás *paresthesias,* são ellas mais frequentes nos estados de nervosismo, do que propriamente na hysteria.

A' hysteria caberá unicamente o que fôr criado pela suggestão e removivel pela persuação, e desde que haja qualquer perturbação vaso-motora, condicionada por um disturbio auto-toxico, não se poderá para ella appellar.

Dôres muito fortes foram interpretadas como hystericas. Assim o prego hysterico de Sydenham era representado por uma dôr violenta no alto da cabeça, que bem se poderia comparar a um prego que se viesse introduzindo.

Falou-se numa pseudo-meningite hysterica como si fosse possivel, mormente com os modernos recursos de laboratorio, confundir uma e outra.

A rachialgia tambem foi tida como puramente hysterica. A' mesma interpretação se submetteram nevralgias varias, falando-se até em angina do peito hysterica. Inquirindo-se com muito cuidado, vê-se que varios destes casos que se tinham como funccionaes, são organicos e que o anginoso, tido como pithiatico, morre, de repente, numa crise typica.

Entre as *perturbações* da *sensibilidade especial* citavam os observadores doentes que ficavam repentinamente sem gosto e sem olfacto.

A's vezes era apenas numa narina ou na metade da lingua a suppressão do olfacto ou do gosto. Falou-se numa surdez hysterica.

Discutiu-se muito o estreitamento concentrico do campo visual.

Dependia de um defeito de technica de exame. Colloca-se um objecto diante do individuo e era elle pouco a pouco afastado para os lados. Ia-se ao mesmo tempo indagando si era elle ainda visto, o que implicitamente insinuava a possibilidade de deixar de sel-o.

E assim, com afastamento muito pequeno para os lados, deixava o objecto de ser visto.

Deve-se proceder de modo diverso e collocando-se o objecto a uma certa distancia dos lados, indaga-se a occasião, em que começa elle a ser visto. Nota-se por este meio que numa distancia muito maior que antigamente, a visão se dá e que um campo visual apparentemente estreitado muito se amplia.

A diplopia que autr'ora se attribuia á histeria, está hoje provado depender da syphilis.

Quanto ás *perturbações da motilidade*, eram frequentemente suscitadas pela hysteria e a tal ponto o facto se dava, que diante de qualquer paralysia, por exemplo, se multiplicavam os processos para distinguir uma paralysia organica de uma hysterica.

Hoje, si ainda muito auctor nos fatiga a memoria com a descripção de signal differencial entre paralysia organica e hysterica, muito menos nesta se pensa.

E diante da difficuldade de conciliar o conceito de suggestão e o de uma suppressão de movimento que perdura, appellou-se para uma perturbação nervosa de ordem reflexa, que já escapa aos dominios do pithiatismo.

Si as paralysias hystericas eram observadas sob todos os moldes possiveis, contracturas tambem se deparavam.

Verificava-se a chamada diathese de contractura e bastava a compressão, o choque ou a faradisação de um musculo ou de um nervo, para que nelle logo se suscitasse uma contractura.

Babinski e Froment, criando o syndromo physiopathico que abrange as perturbações nervosas de ordem reflexa, estudaram muito bem estes phenomenos de contractura es-

tavel e demonstraram que elles merecem um lugar á parte, mesmo na propria hysteria.

Tiques e espasmos, movimentos choreiformes, crises de tremores, foram tidos como puramente hystericos, mas hoje já se hesita em lhes dar esta interpretação simplista. *Perturbações tropicas e vaso-motoras* tambem foram constatadas.

Discutiu-se a existencia de edemas hystericos, de que havia tres variedades: o edema branco de Sydenham, o vermelho e o azul.

Assignalou-se o seio hysterico, branco ou vermelho, muito doloroso.

Collocava-se um sello sobre a pelle de uma hysterica e uma grande phlyctena se formava.

Edemas circumscriptos e pouco duradouros como os angio-neuroticos, estaveis como o trophedema de Meige, eram interpretados como de natureza hysterica.

Os estudos modernos sobre a pathologia do sympathico vieram dar a chave destes phenomenos, apparentemente extravagantes e suppostos erroneamente hystericos.

Para que bem se avalie o vicio de interpretação que durante muito tempo campeou, basta que se lembre que mesmo um auctor, Terrien de Nantes, chegou a publicar em 1909, um longo artigo sobre a hemianesthesia na hysteria, em que assignalava a existencia de perturbações vaso-motoras e cardiacas, dependentes unicamente da hysteria. Apenas por esta causa ficava o coração gravemente alterado.

A atrophia muscular e retracções fibro-tendinosas, outr'ora admittidas como hystericas, hoje são interpretadas por outra fórma.

Si a inercia póde acarretar um certo gráo de atrophia muscular, não attinge esta á intensidade dos casos, em que ha vicio profundo do trophismo.

As perturbações nervosas de ordem reflexa, de Babinski, recrutaram os casos de retracções fibro-tendinosas suppostas hystericas.

Muito se falou a respeito da febre hysterica. Como não póde ser ella creada pela suggestão, deve ser negada. Investigada a causa, apurar-se-ha que é ella devida a uma tuberculose pulmonar incipiente, a uma colite chronica, a uma infecção pharyngéa antiga. O Prof. Soca falou na Sociedade de Neurologia de Paris a respeito da febre hysterica que attribúe a uma reacção nervosa no de-

curso de uma affecção organica e que verificou haver attingido em certos casos a 44.º, 45.º etc.

Derivava o vicio de interpretação da insufficiencia de recursos de exame, da superficialidade, com que se apuravam os effeitos de uma causa toxico-infecciosa mais ou menos latente.

Multiplas perturbações visceraes puderam ser erroneamente collocadas na hysteria.

Podia haver angina do peito, arythmia, aphonia, tosse, hemorrhagias, polyuria, etc., e ser causa unica a hysteria.

Igualmente, ahi, muito se esclareceu tudo com os estudos sobre a pathologia do sympathico e com a indicação louvavel de sempre se desconfiar de um substratum organico.

Bolten, descrevendo oito casos de hysteria em crianças, assignalou ter achado em todos elles hypotonia do systema nervoso sympathico.

Quanto ás perturbações da *reflectividade,* está hoje provado que quando existam, não dependem da hysteria.

Esta, pela sua natureza, não póde modificar reflexos. Si se encontra, por exemplo, uma abolição dos reflexos rotulianos, deve-se pensar em tabes ou qualquer causa seria e não numa simples hysteria. Igualmente a esta, simplesmente, não póde ser filiado o signal de Babinski, testemunho constante de uma perturbação organica do systema pyramidal.

O estudo *das perturbações psychicas* na hysteria soffreu uma completa remodelação nestes ultimos tempos.

Em 1907 tratei no 6.º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, dos estados mentaes nas grandes nevroses, em que analysei o psychismo da hysterica.

Muita cousa não depende della e sim da degeneração psychica coexistente.

Muita supposta hysterica é eschizophrenica, psychotica maniaco-depressiva ou delirante episodica.

Apregôa-se como testemunho de um estado mental hysterico o que nada mais representa que uma prova de muito má educação e da existencia num meio de pouca energia, de costumes pouco recommendaveis.

No intuito de armar a effeito, de chamar a attenção sobre si mesma, a hysterica não hesita em mentir, mesmo em calumniar.

Fal-o, porém, porque se lhe prestam ouvidos e porque como degenerada que é, lhe falta o poder de inhibição cerebral, para que persista sempre na trilha da honra e

do dever. Adler diz que a hysterica só faz o que lhe dá vantagens na luta pela vida. Klages diz que ha nella o caracter parasitario com exaggero de hypocrisia e affectação. Refugia-se na doença para obter alguma cousa.

Gaupp diz consistir em uma fórma anormal de reacção individual.

Tamburini diz que ha sempre infantilismo e receptividade psychicas.

Dupré diz que é proprio da hysteria a psycho-plasticidade anormal, sendo a doente immensamente accessivel a todas as especies de suggestões, quer hetero, quer auto-suggestões. Immensamente suggestionavel, é natural que seja instavel e que se deixe levar a cada passo para aqui e para ali, que se não estabilise em suas resoluções.

Por outro lado, a auto-suggestão tambem actúa fortemente sobre ella e basta, por exemplo, a idéa de que tenha uma doença, para que comece a sentir tudo quanto a caracterisa.

No entanto, claro está que a hysterica só poderá apparentar aquelles symptomas que pela suggestão se possam reproduzir.

A hysterica é uma grande sonhadora, vive constantemente a entreter phantasias.

A sua vida é mais de sonho de que de realidade, e nella são muito communs os delirios de imaginação. Factos que foram gerados durante um periodo de sonho e de idealisação, vão sendo pouco a pouco misturados com os factos reaes, e é este o motivo por que, ás vezes, sem uma consciencia bem nitida do facto, se estabelece a confabulação. A imaginação é muito ardente e surge como mentira o que della deriva, em alguns casos sem um proposito assentado de o fazer.

A mentalidade da hysterica approxima-se um tanto da da criança. Ha infantilismo psychico.

Não quer isto dizer, porém, que haja qualquer abaixamento do nivel intellectual.

A intelligencia conserva-se completa e constantemente adubada pelos productos da imaginação, ostenta, ás vezes, um brilho que a faz affigurar-se maior do que realmente é. No que a hysterica muito se assemelha á criança, é na falta de ponderação.

Ha escassez de auto-critica, de poder phrenador cerebral, e por este motivo muito acto pratica que se não daria, si melhor meditasse em suas deliberações. Em

muitos casos não é que estas se tomem precipitadamente, mas é que vêm ellas eivadas da falta de fiscalisação cerebral que o cerebro normal comporta.

Gannuschkine, em Janeiro de 1909, publicou na Russia um trabalho, em que assignala ser o egocentrismo muito commum na hysteria e ser este o motivo porque vive muito preoccupada em cogitar sempre que gire tudo em torno de sua pessoa.

Paul Hartenberg, no "Journal de Psychologie normale et pathologique", de Outubro de 1909, emitte, a proposito do caracter das hystericas, uma formula, um tanto exaggerada, mas bem curiosa: "tudo que é perversidade, é degeneração, tudo que é confabulação, é hysteria.

Isto não é rigorosamente uma verdade, mas bem frisa que muitos actos máus da hysterica são apenas um producto de sua degeneração. Demais confabulação não é synonymo de hysteria, pois existe em varias outras doenças mentaes.

Pierre Janet diz ser o principal factor "um enfraquecimento da synthese psychologica, uma abulia, um estreitamento do campo da consciencia, surgindo em individuos em estado de meiopragia cerebral".

Si ha falta de synthese, será isto, porém, sempre o producto da falta de poder phrenador cerebral que coordene os actos e os torne logicos e ponderados.

Póde traduzir-se a crise hysterica por um *ataque*. Antigamente era elle de observação corrente.

Rara era a semana em que o medico não era chamado a curar um, mas hoje, depois dos ensinamentos de Babinski, em que se apurou ser tudo producto de suggestão, raro é o mez, em que ha um chamado para tal fim.

Sem que nisto pensasse, eram o medico e o meio ambiente que cultivavam as crises hystericas.

Hoje se aconselha a que se não dê uma grande importancia a quem cahe com um ataque hysterico, e tanto bastou, para que a doente desista de o ter ou procure cohibir-se.

O ataque póde ser mais ou menos complexo. O mais forte era o de grande hysteria ou hystero-epileptico, apresentado frequentemente por Charcot na Salpêtriére e creado inconscientemente por elle, com toda sua abundancia de detalhes.

Começava o ataque, geralmente, por uma *aura*, constituida por um bôlo que partindo do utero ou de um

ovario, ia pouco a pouco subindo até que, chegando á garganta determinava uma suffocação.

Seguia-se o periodo *epileptoide* do ataque, em que havia perda de sentidos, convulsões tonicas e clonicas e, posteriormente, resolução muscular.

Embora na quasi generalidade dos casos a hysterica se não contunda quando cahe, porque conserva um certo gráo de consciencia que lhe permitte escolher o lugar, em que se vai atirar, póde succeder neste periodo que haja uma turbação da consciencia que muito lembre o ataque commum de epilepsia.

O facto foi evidenciado por mim em aula, numa hysterica em que, a mostrar a meus alumnos, provoquei pela suggestão um ataque de grande hysteria, em que ella se teria contundido, si cautelosamente não houvesse eu prevenido tal cousa.

Não ha grito inicial como na epilepsia, nem tão pouco se encontrarão dilatação pupilar com suppressão do reflexo luminoso, signal de Babinski e ecchimóses sub-conjunctivaes.

As convulsões clonicas duram muito mais tempo que as tonicas e, o que é interessante, muitas vezes a face é poupada.

A sensação de suffocação pelo bolo hysterico é, as vezes, no inicio tão intensa, que a doente rasga as roupas, desnudando pescoço e collo, num phrenesi incontido.

Depois do ataque epileptico vem um somno profundo, estertoroso, ao passo que aqui entra o doente na segunda phase do ataque: a do *clownismo.* Esta se divida em dous periodos: o das attitudes illogicas que comprehende o arco de circulo, e o dos grandes movimentos que abrange gestos incoherentes, acompanhados de gritos sem expressão.

Charcot descreveu detidamente este periodo, dizendo que nelle a doente se senta, deita-se successiva e repetidamente, collocando-se num opisthotono exaggeradissimo, simulando um arco de circulo, não havendo, em geral, perda dos sentidos neste periodo e occorrendo frequentemente allucinações.

Segue-se o periodo das *attitudes passionaes,* em que a physionomia demonstra a avalanche de allucinações que a empolgam, e nella transluz o extase, o enorme gozo pelas cousas que vai julgando vêr. O elemento sexual desempenha neste periodo papel de grande monta.

Segue-se o quarto periodo, o *delirante,* tambem chamado *post-hystero-epileptico* ou *allucinatorio.* Nelle ha muitas allucinações, particularmente de bichos que passam a correr de um lado para outro, e de vultos vestidos de negro ou de vermelho.

Muito frequentemente profere então a doente palavras incoherentes que pódem significar, porém, respostas a phrases que julgue escutar. O ataque de hystero-epilepsia dura muito tempo e, contrariamente ao epileptico que commummente não dura mais de cinco minutos, póde prolongar-se por um dia inteiro.

Depois dos estudos de Babinski que ensinaram a encarar a hysteria por um prisma differente, já se não encontram estes ataques com todos os seus detalhes. E' que eram criados e cultivados pelos mestres como Charcot que sem que em tal cogitasse, os suggeria. Em aula os tenho mostrado a meus alumnos, mas na vida clinica já se não encontram, porque o meio lhes não dá importancia e as hystericas por isto vão deixando de complicar seus ataques. Ficam por isto estes reduzidos ao feitio dos simples ataques hystericos, em que ha muitos gritos, convulsões clonicas, sensação de bôlo hysterico, evitando sempre a doente contundir-se, escutando tudo quanto se lhe disser ao lado e desistindo de proseguir na crise, si se lhe não dér importancia.

Outros feitios de ataques foram descriptos como o syncopal, o de extase, o demoniaco, o de somno, o de delirio, etc., que representam fragmentos do ataque de hystero-epilepsia.

Quando se fala em hystero-epilepsia, é preciso ter sempre em mente que se não trata de associação de hysteria com epilepsia, facto que muitas vezes occorre, e sim de grande hysteria que é hoje quasi um synonymo de hysteria de cultura.

Qual o motoivo, porque uma pessoa tem ataques hystericos ou apresenta qualquer das modalidades do estado mental hysterico?

Pelos estudos modernos de Babinski, vê-se que tudo depende de auto ou hetero-suggestão, mas para que um individuo se torne presa facil de qualquer dellas, é preciso que haja uma meiopragia nervosa que não permitta ao individuo ter o poder phrenador sufficiente para vencer a idéa suggerida. E' este um elemento caracteristico da hysteria e que bem servirá para distinguir da neurasthenia, pois esta nunca

se curará pela acção exclusiva da persuação, ao passo que naquella só por este meio a cura se dará.

Na *pathogenia* da hysteria muito se discutiu o valor de *emoção*. Dizia-se ser esta a causa essencial da crise hysterica, mas Babinski muito bem argumentou quando disse que onde deve ser ella muito violenta como nos necroterios, muito poucas vezes se observa o ataque hysterico.

Num trabalho publicado em 1918 por elle e Froment, em que ja se commentam observações da grande guerra, assignalaram os auctores a raridade de crises hystericas em dias de enorme bombardeio, de constatação de grande morticinio de pavor indescriptivel.

E' que nestes dias terriveis não havia tempo para suggestões hystericas.

Na "Revue Neurologique", de 30 de Dezembro de 1909, vem publicada a longa discussão que a proposito de emoção se suscitou na reunião das sociedades de Neurologia e Psychiatria de Paris.

Ahi Babinski apresentou argumentos dos melhores e referiu-se a factos como o assignalado pelo Prof. Neri, de Bolonha, de não ter havido no terremoto de Reggio-Messina crises hystericas, quando, no entanto, o estado emotivo devia ser muito intenso. Bénon diz que se póde ser hystero emotivo, isto é, ter disturbios accentuados da emotividade geral ou especial, sem que se seja um verdadeiro hysterico, sem que jámais se apresente uma crise hysterica. Rosanoff escreveu nos "Archives of Neurology and Psychiatry" de Outubro de 1919 um interessante trabalho, em que busca demonstrar que o factor emotivo nada tem de commum com a hysteria. Quando durante a grande guerra attingia aquella a um grande paroxysmo, esta não surgia.

Facto é, todavia, que si a emoção por si só não géra a crise, no entanto póde acarretar pela sua intensidade ou pela sua repetição um tal estado de meiopragia nervosa que o individuo se torne facilmente suggestionavel. Kraepelin, na sua ultima edição, dá como predicado da hysteria a extraordinaria facilidade, com que a emoção influencia a vida psychica e suscita multiplas manifestações morbidas. Si dá elle grande valor á emoção, no entanto frisa bem que a acção della é pouco duradoura e que os disturbios hystericos são fugazes e transitorios.

Papastratigakis, de Athenas, no Encéphale, de Fevereiro de 1928, diz que a emoção é capaz de produzir no homem a hysteria commum.

Accrescenta elle que as manifestações extra-pyramidaes são tão parecidas com o que se vê na hysteria que nesta se englobavam.

A hysteria nas crianças se traduz por perturbações da motilidade que lembram muito as que dependem de uma localisação extra-pyramidal.

No adulto havia um *terreno de predisposição* que faria com que o individuo reagisse exaggeradamente á menor das cousas, e um certo defficit intellectual. Haveria demais, um estado de *hypertonia muscular* generalisada, de proveniencia extra-pyramidal.

Em *estados organicos* indiscutiveis têm sido verificadas perturbações sensitivas que outr'ora caberiam na hysteria. Ha phenomenos hystericos que lembram muito a rigidez descerebrada de Scherington. No syndromo thalamico ha um feitio typicamente hysterico.

Está hoje provado que depressão, agitação, perturbações da emotividade podem depender de syndromos extra-pyramidaes.

Em trabalho que escrevi, em Julho de 1929, nos Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria, com o titulo *idéas modernas sobre hysteria,* assignalei pormenorisadamente estes factos interessantes.

Já em 21 de Maio de 1927, no Brasil Medico, escrevera a respeito de *hemi-choréa hysterica,* em que discuti a questão de haver um substractum organico em muitos casos de hysteria.

O eminente Prof. Antonio Austregesilo escreveu um bem elaborado artigo a respeito do *syndromo hysteroide,* mostrando que muitas vezes este póde preceder a demencia precoce, em que se manifesta, ás vezes, um quadro clinico catatonico que póde estar ligado a um substractum anatomico extra-pyramidal.

Estando hoje provado que ha uma grande relação entre a hysteria e os syndromos extra-pyramidaes, Papastratigakis chegou mesmo a dizer que a hysteria póderá figurar entre os syndromos extra-pyramidaes.

O Dr. Sylvio Ferreira da Cunha que foi muito laborioso Interno da Clinica Psychiatrica e obteve em 1928, em concurso, o lugar de Livre Docente de Clinica Psychiatrica em Bello Horizonte, escreveu nesta occasião uma excellente these sobre hysteria, em que apresenta idéas interessantes, fundamentadas em observações muito cuidadosas.

Assisti aqui no Rio a uma esplendida conferencia do Prof. Marinesco, em que elle disse que havia uma grande

relação entre a hysteria, a demencia precoce, e a encephalite epidemica e que a predisposição á suggestibilidade, caracteristica da hysteria, dependeria de uma meiopragia dos corpos opto-estriados, provocada por um estado de degeneração ou um processo de toxi-infecção.

Schaeffer, em artigo publicado na Presse Médicale de 20 de Fevereiro de 1928, diz que os estudos a respeito de encephalite epidemica vieram dar a explicação de muita cousa que outr'ora se interpretava como hysteria.

O Prof. Estapé, do Uruguay, em conferencia muito interessante que aqui fez, disse que Babinski havia tentado acabar com a hysteria, mas não havia conseguido fazel-o em relação á constituição hysterica que correspondia á constituição mythomaniaca de Dupré.

Em 1920, Briand e Rouquier haviam apresentado casos intermediarios entre o pithiatismo e a encephalite epidemica. Foram assignaladas perturbações morbidas de typo pithiatico que resistiriam á contra suggestão mais demorada e habilidosa.

Von Bogaert e Paul Martin dizem ser provavel que dentro de muito pouco tempo tenha a hysteria sua prova organica e represente para o neurologista uma modalidade de irritação mesencephalica.

Cecil e Oscar Vogt dizem que os nucleos da base influem na physiopathologia da hysteria.

Tinel, Marrick e Lamache chegaram á conclusão de que em muitas crises hystericas existe um *desequilibrio vago-sympathico.* Dizem elles que muitas crises hystericas não dependem da vontade do doente e sim de um substractum physiologico indiscutivel, provavelmento em alguns casos de uma perturbação vaso-motora do systema arterial cerebral.

Em 16 de Novembro de 1928, na Sociedade Medica dos Hospitaes em Paris, discutiu-se a questão e Babinski levantou-se indignado contra os que pretendiam derribar a sua obra. Mostraram os seus adversarios que de tal se não cogitava, que sua obra era imperecivel, mas que se tratava apenas de restringir o seu conceito e interpretar scientificamente casos que nelle não cabiam.

O Prof. Henri Claude quando aqui esteve e ia fazer a sua notavel conferencia sobre hysteria, teve occasião de vêr, mostrado pelo Prof. Austregesilo, o meu recente trabalho a respeito da hysteria e muito se regosijou de vêr a uniformidade de nossas vistas.

No artigo que escrevi a respeito de hysteria, cheguei á conclusão de que se deve dar mais valor ao papel da emoção, que se deve buscar um fundamento anatomo clinico para a constituição hysterica, que o desequilibrio vago-sympathico é nella um phenomeno constante e que as lesões dos corpos opto-estriados se traduzem frequentemente por crises hystericas.

Em Junho de 1932 vem publicado no Encéphale um longo artigo a respeito da hysteria, em que o competentissimo Prof. Henri Claude que o escreveu, analysa o papel da emoção e estuda as *psychoses hystero-emotivas*. Interpretando os *disturbios mentaes* na hysteria, chega elle á conclusão de que se trate de elementos hystericos associados a um estado de desequilibrio mental, de periodicidade sob a fórma hypomaniaca ou depressiva, de perversidade, etc.

Ha muitas vezes associação de manifestações eschizoides.

Bleuler disse modernamente que a hysteria é uma reacção eschizophrenica com exaggero da personalidade e mobilidade affectiva que se assemelha á mania.

Claude disse que o hysterico póde tornar-se eschizophrenico.

Muitos casos tenho tido na minha clinica, em que o individuo foi positivamente um hysterico e se tornou um eschrizophrenico muito bem caracterisado.

O Prof. Rimbaud, em Março de 1930, frisa muito bem que o que constitúe a hysteria é a tendencia constitucional a emancipar o psychismo inferior do contrôle do psychismo superior.

O pranteado Prof. Novoa Santos, da Hespanha, publicou no Medizinische Klinik de 28 de Agosto de 1931, um trabalho muito bem feito sobre *hyperthermia neuro-psychogena*. Citou observações de febre muito alta em mulheres hystericas que apresentavam crises dolorosas abdominaes com predicados da hysteria e não tinham motivo outro, para que tivessem febre.

Von der Hoop, nos Archives of Neurology and Psychiatry, de Agosto de 1930, estuda a psychologia da hysteria e dá grande valor ao papel da emoção.

Diz que symptomas hystericos podem surgir em pessoas de temperamento muito differente, desde que a vida se torne muito difficil e circumstancias do mundo exterior actúem de modo muito desagradavel. Mostra, pois, que as

manifestações hystericas não surgem unicamente na personalidade hysterica.

Radovici, na Sociedade de Neurologia de Paris, de 5 de Julho de 1930, analysa as crises oculogyras na encephalite epidemica, salientando que muitas vezes tinha conseguido provocal-as pela suggestão, mostrando o seu feitio hysteroide.

Disse que tinha chegado á conclusão de que perturbações de apparencia hysteroide poderiam depender da evolução de lesões inflammatorias, encephaliticas, dos centros vegetativos da base e mesencephalicos.

Em trabalho na Presse Médicale, de 2 de Setembro de 1936, ha uma synthese bem feita das concepções modernas sobre a hysteria.

Mostra-se que Lévy-Valensi entende a hysteria como igual a pithiatismo, mais emotividade e mais, mythomania.

O Prof. Claude distingue o pithiatismo que corresponde a accidentes ligeiros que vêm pela suggestão e passam pela persuação, e a verdadeira hysteria, em que ha verdadeira dissociação funccional que se manifesta pelo isolamento e fixação de uma actividade funccional perturbadora. Ha sempre, então uma capacidade de dissociação funccional e de fixação inconsciente ou subconsciente que permittiria, muito mais do que a persuação curativa, classificar os individuos no quadro hysterico.

O notavel Prof. Pierre Janet estuda a hysteria como uma perturbação da synthese psychologica com tendencia á divisão da personalidade. Sollier disse que havia uma especie de entorpecimento ou de somno, localisado ou generalisado, dos centros cerebraes.

Klippel e Weil admittem uma associação de manifestações de somno emotivas, de fadiga. Breuer e Freud pensam em recalcamentos affectivos. Kretschmer é de opinião haver uma reacção de fuga com manifestações instinctivas primitivas; Dupré e Logre, phenomenos imaginativos ou mythomaniacos.

Em 1935, Radovici dizia: ha na base do cerebro, nas formações opto-estriadas vegetativas e nas vias extra-pyramidaes, um verdadeiro apparelho hysterogeno. Suas lesões indeleveis ou suas ligeiras alterações reversiveis são capazes de produzir toda a escala de manifestações motoras, sensitivo-sensoriaes, vegetativas ou psychicas que hoje ainda são consideradas pelos auctores classicos como não tendo substractum organico algum, isto é de origem psycho-genetica. Deve haver como base da hysteria, pe-

quenas cicatrizes, sequéllas de processos frustros, antigos, desde a infancia, consequencias de pequenos traumatismos obstetricos ou outros, de qualquer encephalite banal que complicasse a grippe, o sarampo, a coqueluche, etc.

Marinesco pensa em modificações bio-chimicas, com disturbios do equilibrio acido basico, vagotonia e microsphygmia.

Salmon, em 1934, pensa haver um desequilibrio psycho-affectivo que póde depender de uma fraqueza congenita da cortiça, não raramente secundaria a anteriores encephalites infantis.

Em geral, é facto de observação curial que a hysterica é uma pessoa magra que tem tido muitas contrariedades.

Em tudo importa essencialmente a suggestão e é por isto que Babinski creou o termo *Pithiatismo* que significa cura pela persuação.

Outro ponto importante na questão da pathogenia da hysteria é o papel do *traumatismo*. Desde 1886 Charcot chamava a attenção para este facto. E' o caso de uma pessoa que levava uma quéda ou apanhava uma bordoada na cabeça e ficava com uma paralysia ou contractura hysterica.

Durante a guerra de 1914, comprehende-se bem como o facto deveria ter occorrido repetidamente, mas se deprehende dos estudos publicados que muito se deve ter em consideração as oscillações do liquido cephalo-racheano e as modificações no dominio do sympathico, sendo que muito do que se affigurava hysterico, é hystero-organico ou essencialmente organico.

Moëbius disse que a hysteria representava um traço biologico, que cada qual seria mais ou menos hysterico e haveria na sua personalidade um recanto, a que caberia um feitio especial de reacção. Dahi o se tomar em consideração desde logo a influencia do meio e a susceptibilidade individual.

O papel da *imitação* é de grande monta e nos centros de cultura de hystericos é elle que vai condicionar a suggestão.

As *intoxicações* e *infecções* têm positiva significação.

Já em 1903, a proposito de um caso de astasia-abasia, tive ensejo de escrever um trabalho sobre a etiologia infecciosa da hysteria. Esta não é incompativel com as idéas de Babinski, pois o processo toxi-infeccioso vai condicionar a meiopragia nervosa que tornará o individuo presa facil de qualquer processo suggestivo.

E' por este motivo que um individuo alcoolisado póde ter facilmente crises hystericas. E' igualmente assim que se explicarão reacções hysteriformes em pessoas com febre.

Crocq, Dubois e Babinski dizem haver na hysteria sempre uma perturbação psycho-neurotica e nisto se condensa o conceito de muito tomar em conta o psychismo do individuo.

Morton Prince, de Boston, discutiu a questão da personalidade da hysteria, admittindo a existencia de uma dissolução.

Não é, porém, tal a expressão da verdade.

Na hysteria não ha modificação do proprio eu, a personalidade se não altera e é este o motivo, porque se não deve admittir uma loucura hysterica e sim um delirio hysterico. Para que haja loucura, é sempre essencial que se dê uma modificação na personalidade.

Em 1923, Sahli disse que a hysteria dependeria de *lesões nas connexões fibrillares* existentes entre os *corpos opto-estriados*, as *cellulas corticaes* e as do *cerebello*. Haveria exaltações e irritações desta zona inter-central e actos a principio voluntarios passariam a ser automaticos, escapando á acção phrenadora da consciencia.

Strümpell dava grande importancia aos symptomas organicos puros na hysteria.

Engelem, no Munchener Medizinische Wochenschrift em 1925, era de opinião haver uma *lesão especial das fibras constituintes do systema intercentral.* Deswarte, baseando-se em estudos de Claude, Camus, Roussy, Long, diz que formando os *corpos opto-estriados* um *centro mesencephalico autonomo,* em estreita relação com o *locus niger, nucleos vermelhos,* etc. e havendo ligações destas zonas com os hemispherios cerebraes por meio das *fibras cortico-thalamicas,* poderiam estas soffrer qualquer *interrupção* ou *inhibição, funccionando* então o *centro mesencephalico de modo independente.* Nelle ha *centros sensitivos, motores* e *emocionaes* e suas lesões podem acarretar symptomas que outr'ora se englobavam na hysteria classica.

Haveria alterações physiologicas do automatismo mesencephalico, favorecidas pela fraqueza de resistencia da cortex.

Albert Salmon, na "Nouvelle Iconographie de la Salpêtriére", de 1914, escreveu um trabalho, em que desenvolveu uma theoria psycho-physiologica da hysteria, baseada no

estudo da cenesthesia, em que admitte uma hypersensibilidade.

Explicava elle que as emoções determinavam imagens cenesthesicas e estas suscitavam a hysteria.

Não penso que seja este o mechanismo della, pois assim se prescindiria da suggestão que é tudo, a meu ver.

Seria antes um processo de genesis de accidentes de nervosismo que é uma modalidade, creada por mim, da neurasthenia.

Schnyder interpreta como um modo anormal de reacção do individuo deante das exigencias da vida.

Ha uma volta ao estado infantil e o adulto reage como criança, puerilmente.

Poderia ser evolutiva ou degenerativa, mas sempre se daria um feitio pueril nas reacções.

Como o essencial é a falta de poder phrenador cerebral e isto não é privativo da infancia, claro está que a idéa é combativel.

Claude acredita numa falta de regularisação dos phenomenos reflexos, quer psychicos, quer organicos. Isto dependeria de um vicio organico, de uma especie de diathese.

Raymond appella para a falta de percepção de uma série de sensações correctoras de ordem psychica, motora, sensorial, etc., e do predominio que consequentemente tomam as que são percebidas.

Bernhein considera como hysteria apenas a crise de nervos.

Esta seria uma reacção psycho-dynamica que se desenvolveria em certos individuos.

Frequentemente se constituiria em certas entidades clinicas, em que figuraria como um syndromo.

Sollier diz não ser a hysteria uma entidade clinica e sim um feitio especial de reacção da côdea cerebral.

O Professor Austregesilo diz ser a hysteria uma psycho-neurose que se desenvolve em terreno commum a todas as psycho-neuroses — a debilidade nervosa.

Esta seria a "diathese caracterisada pelo maximo de reacção nervosa ao minimo de excitação, a diathese do dynamismo nervoso anormal".

Freud dá um grande papel ao elemento sexual na genesis da hysteria. Os complexos recalcados, todos impressos com o cunho sexual, vindo á tona, provocariam as crises hystericas.

Haveria o phenomeno da conversão que consistiria em transformar traços da libido recalcada em symptomas so-

maticos e no estabelecimento por este meio de reflexos anormaes.

Pela theoria de Freud seria sempre uma evocação penosa de um accidente sexual da infancia o gerador da hysteria. Esta seria a irritação provocada pelo desabafo de uma lembrança sexual penosa.

Ora, si é positivo que a sexualidade póde desempenhar um papel importantissimo na hysteria, não será a possibilidade, não commum, de qualquer accidente sexual infantil, o elemento fundamental.

Facto é que na hysteria moderna o factor psychico é tudo.

Enxerta-se uma auto ou hetero-suggestão num cerebro meiopragico. Esta meiopragia nervosa que faz com que o individuo não consiga dominar a suggestão, póde ser constituida por factores multiplos que compromettam a nutrição do neuroneo. Processos toxi-infecciosos, disturbios endocrinicos, crises emotivas repetidas, phenomenos irritativos de origem reflexa como os que partem do utero e ovario — tudo isto vai concorrer para que haja tendencia a cahir na hysteria.

Nesta, portanto, a causa proxima será sempre a suggestão e a remota, qualquer factor que acarrete meiopragia nervosa.

O *diagnostico differencial* da hysteria deve ser feito durante a crise convulsiva e fóra della. Durante a crise convulsiva se poderia confundir com a *epilepsia*, mas no ataque epileptico ha dilatação pupillar com suppressão do reflexo á luz, signal de Babinski, echymóses sub-conjunctivaes, perda de sentidos, pequena duração do ataque, quéda onde quer que seja, e, consequentemente, facilidade de se contundir.

Demais, factor importantissimo é conseguir pela suggestão provocar um ataque hysterico que pela persuação cessará.

Fóra do ataque hysterico, é muito mais complexo o problema da diagnóse. Tem de ser tomada em consideração a personalidade do individuo e si houver deliro, observar-se-ha o modo, pelo qual elle se desenvolveu.

Na hysteria tudo deriva da suggestão e quando por este mechanismo se não puder explicar a genesis de qualquer idéa delirante, é que não é ella de natureza hysterica.

Vê-se, por exemplo, uma moça que teve contrariedades amorosas ou perturbações menstruaes, que se poz, de repente, a gritar, a saltar, a proferir uma série de palavras

sem muito nexo, e vai-se capitulando como um caso de loucura hysterica.

De accordo com as idéas modernas, é um erro. Não ha loucura hysterica, pois para que haja loucura, é preciso que haja modificação profunda da personalidade e, para isto, uma alteração profunda da cenesthesia que faça o individuo sentir-se com um outro eu, differente do que era antigamente.

Rebuscando-se a essencia das cousas, vê-se que nestes casos em que parecia tudo ser hysteria, ha eschizophrenia ou psychose maniaco-depressiva.

De facto muita eschizophrenica figura ainda por ahi como caso de loucura hysterica.

Ha porém na eschizophrenia perda da affectividade, da iniciativa e associação extravagante de idéas.

O doente torna-se bem differente do que era antes.

A personalidade se transforma. Si amigo do trabalho e cumpridor dos deveres, vê-se o descaso, com que a elles se entrega, ou a teimosia, com que os refuga O filho amoroso torna-se o tyrano da familia, o alumno estudioso não progride e, obrigado, mal consegue desempenhar funcções muito inferiores á sua primitiva capacidade intellectual.

A hysteria não implica uma diminuição da capacidade intellectual e si o doente delira, não dirá cousas absurdas e incompativeis com o preparo intellectual anterior, no que é tão prodigo o demente precoce.

O delirio do hysterico é caracterisado pela existencia de allucinações visuaes, em que as imagens perpassam como num kaleidoscopio, predominando a visão de bichos e phantasmas de côres vivas e pórte exaggerado.

Na eschizophrenia predominam allucinações do ouvido.

O facto de coexistirem ataques hystericos com um quadro clinico typico de eschizophrenia significa apenas que ha um syndromo hysteroide na eschizophrenia ou que a antiga hysterica foi pouco a pouco soffrendo disturbios endocrinicos e se tornou uma demente precoce.

Outro diagnostico differencial a ser feito é com a *psychose maniaco-depressiva.*

Ahi é preciso tomar em consideração que, si na hysteria predomina o typo de delirio onirico, em que ha muitas allucinações, naquella, estas são raras.

Póde haver igualmente na psychose maniaco-depressiva o elemento sexual, mas sempre o predominante é a modificação do tom affectivo. Um grande abalo emotivo póde suscitar um estado maniaco ou melancolico, mas nun-

ca se poderá appellar para a influencia exclusiva da suggestão. Póde uma doente ser hysterica e passar a ter ella outra entidade clinica.

Então poderão ser guardados os caracteres daquella e haverá uma psychose associada.

O delirio hysterico é muito accessivel á persuasão e só por esta póde desapparecer completamente, Claro está que com a outra tal não occorre.

Mais delicado é o diagnostico com o *delirio episodico dos degenerados*. Neste ha um affluxo delirante, em que se encontram numerosas allucinações e se entretem um thema delirante mais ou menos systematisado. Póder-se-hia pensar em um episodio delirante hysterico, com a aggravante para a convicção de em ambos os casos haver allucinações e um choque emotivo. Na hysteria, porém, predomina o feitio onirico que se assemelha mais ao alcoolismo e á confusão mental, e haverá facil influencia da persuasão.

Ha dous unicos delirios em que o doente vê muitos bichos: o *hysterico e o alcoolico*.

Neste ha, porém, a referencia a habitos ethylicos anteriores, o tremor fibrillar da lingua e extremidades digitaes, o delirio persecutorio muito accentuado, etc., que bem frisam a differenciação.

Si na *confusão mental* e na hysteria póde haver o delirio do sonho, naquella ha sempre o testemunho da presença de uma toxemia, que é a causa de tudo. A obnubilação intellectual, a desorientação e a dysmnesia são muito accentuadas. Examine-se o figado, analyse-se a urina, pesquize-se o funccionamento do estomago e intestinos: encontrar-se-ha sempre na confusão mental a prova de uma auto-intoxicação ou toxi-infecção do organismo.

Ha muito quem confunda hysteria com *neurasthenia*. Particularmente casos de *nervosismo* que entendo como uma modalidade sensorial da neurasthenia, são, ás vezes, rotulados de hysteria. Medite-se, porém, na circumstancia de que, ao contrario da hysteria, a neurasthenia se não poderá curar pela influencia exclusiva da percuação e de que si os seus accidentes podem ser incrementados pela suggestão, por ella unicamente não poderão ser gerados. Isto é um padrão fundamental. Si o hysterico vai ao medico, a persuação deste basta para cural-o. Si o facto occorre com o neurasthenico, é indispensavel que se lhe tonifique o systema nervoso e se acalme a emoção, para que a cura se dê.

Em 13 de Julho de 1918, no "Journal of American Medical Association", Francis Dercum publicou um excellente e muito clinico artigo sobre a "Symptomatologia visceral nas doenças nervosas". Ahi elle frisa bem que a neurasthenia deve ser tida como a neurose da fadiga e que seu symptoma cardeal deve ser apregoado o cansaço prompto.

Baldie, em 1921, chama bem a attenção para a difficuldade de se distinguir a hysteria de certas doenças nervosas organicas incipientes.

Na hysteria é o factor suggestivo a causa de tudo, encontrando-se um terreno predisposto.

Ha casos em que se faz mistér decidir si se trata de hysteria ou de lesões organicas, particularmente de uma *psychose por lesão cerebral.*

Charles Mills publicou no "Journal of nervous and mental diseases", de Julho de 1909, um bom artigo em que se refere a um doente supposto hysterico, em que havia, porém, um syndromo do lóbo parietal, caracterisado por perda do sentido muscular, hypoesthesia, ataxia e astereognosia. Num caso em que a melhora extremamente rapida poderia fazer pensar em hysteria, esclarece elle que o clonus do pé e o signal de Babinski presentes permittiam afastar todas as duvidas.

Outr'ora se acreditava na existencia de uma febre hysterica.

Era mais um elemento de complicação diagnostica. Hoje em dia se não acredita mais em febre hysterica e num caso de encephalite aguda febril se não perderá mais tempo em pensar em possibilidade de hysteria.

Os tumores cerebraes, com a sua symptomatologia muitas vezes frustanea ou incompleta, poderiam dar margem a duvidas.

Houve, particularmente, um caso muito interessante, rotulado de hysteria,em que se apurou um tumor cerebral, o qual motivou um estudo muito detalhado do Prof. Dr. Ernani Lopes.

A cousa complica-se ainda mais quando ha, de facto, muitas vezes, um syndromo hysteroide como um testemunho de meiopragia nervosa, enxertado no quadro clinico possivelmente confuso da lesão organica cerebral.

Os signaes de paralysia organica que se vão multiplicando sem grande vantagem, permittem bem que se afaste a duvida com uma paralysia hysterica.

Um certo numero de casos ficava, porém, sempre um tanto obscuro e foi por causa delles que Babinski criou a classe das *perturbações physiopathicas* ou *nervosas* de *ordem reflexa.*

São casos de contracturas ou de hypertonias, de paralysias ou de estados pareticos que se desenvolvem consecutivamente a traumatismos. Estes foram, ás vezes, muito ligeiros e poder-se-hia pensar em hysteria.

Mas o facto de não desapparecer o phenomeno pela persuasão e a longa duração delle fizeram com que se não acceitasse com convicção a idéa de hysteria.

Verificam-se, não raro, no syndromo physiopathico como symptomas associados: a atrophia muscular, exaggero dos reflexos tendinosos, abolição dos cutaneos, hypotonia, exaggero de excitabilidade mechanica dos musculos com demora do abalo muscular, modificações quantitativas na excitabilidade electrica dos musculos sem reacção de degeneração, exaggero de excitabilidade mechanica e electrica dos nervos, disturbios da sensibilidade objectiva e subjectiva, da regularisação thermica e vaso-motora, das secreções, havendo frequentemente perturbações trophicas diversas.

Quadro clinico complexo e interessante, bem estudado durante a ultima grande guerra, não hesitariam outr'ora em collocal-o na hysteria.
Sendo, porém, isto incompativel com as idéas modernas, foi preciso appellar para outra interpretação que consiste em explicar tudo como a resultante directa ou indirecta de uma acção reflexa. Esta se originaria nos filetes nervosos irritados pelo traumatismo e quer pelo systema cerebro-espinal, quer pelo sympathico, se daria o reflexo com todas as suas consequencias.

Quando a irritabilidade interessasse directamente a medulla, poderia haver uma perturbação trophica das cellulas das pontas anteriores da medulla, consoante os antigos ensinamentos de Vulpian e Charcot.

Multiplos trabalhos surgiram a respeito do assumpto. Na "Revue Neurologique", de Maio de 1909, Pitres e Marchand publicaram um exaustivo artigo a respeito dos caracteres clinicos e pathogenia das garras cubitaes.

Não ha numero de neurologia de guerra, em que Babinski e Froment não apresentassem casos novos. Na sessão de 9 de Novembro de 1916, da Sociedade de Neurologia, apresentaram um caso bem interessante, em que havia pa-

resia reflexa da mão esquerda, perturbações vaso-motoras e sudoraes bilateraes.

Curioso é que como num caso que houve no Hospicio, a persistencia demorada numa dada attitude, mantida pela contractura, veiu a determinar adherencias articulares ou deformações que muito embaraçaram a cura completa.

Outro ponto importante é o da *causalgia*.

E' um syndromo nevralgico muito especial, descripto pela primeira vez por Weir Mitchell, em 1864. O mediano e o sciatico são os nervos que mais commummente são atacados. O caracteristico são dôres violentas, comparaveis a uma sensação de queimadura intensa ou de um ferro em braza que cortasse as carnes.

Preferentemente se localisa na palma da mão ou na sóla do pé.

D'ahi se irradiam pelos membros acima e qualquer movimento ou qualquer attricto basta para os augmentar consideravelmente.

A pelle fica muito secca e qualquer emoção é, ás vezes, o bastante para que ella se exacerbe violentamente.

Qualquer ferimento no nervo póde occasionar a causalgia, não sendo indispensavel que comprometta elle profundamente a integridade do nervo. Não ha paralysia e sim apenas um certo grão de enfraquecimento e atrophia musculares, occorrendo perturbações vaso-motoras e trophicas mais ou menos accentuadas.

A pelle se depara muito quente e lisa.

Em geral, torna-se difficil a flexão da ultima phalange.

As unhas ficam muito amarelladas e crescem muito, havendo na extremidade um pequeno relevo que é particularmente doloroso. A causalgia é um syndromo sympathico que traduz a lesão dos plexos peri-arteriaes. A' primeira vista, baseando-se nas idéas antigas, não faltaria quem capitulasse isto de hysteria.

No entanto, basta o facto de que não surgiu pela suggestão e de que se não vá pela persuasão, para que se consiga eliminar a idéa de hysteria. O Dr. Romolo Ribolla publicou nos "Archs. Itals di Scienze Med Coloniali", fasc. 4.º de 1923, um estudo muito curioso sobre um estado neuropsychico bem definido, chamado *latah* que se encontra em grande quantidade no Sião, na India, etc., o qual segundo Vizioli, seria uma especie de hysteria mono-symptomatica, mas na qual se verificam alguns symptomas particulares.

Ha excitação, tendencia á imitação de gestos e attitudes, reacções violentas (variedade impulsiva de Abraham),

crises de terror diante da visão de pequenos animaes inoffensivos (variedade emotiva de Sarnelli), depressão moral e facil suggestibilidade. Apontou-se o *latah* como uma especie de fórma de transição entre o typo normal e o hysterico.

Assignala-se ser nelle incompleta a personalidade psychica, ser facil a suggestibilidade hypnoide, ficarem annullados os poderes de inhibição mais elevados da personalidade e predominar o automatismo psychico.

A's vezes figuraria como uma verdadeira epidemia.

O *prognostico* da hysteria é sempre favoravel. Póde a cura, porém, demorar, ás vezes, um pouco, quando houver um tal estado de meiopragia nervosa ou uma tal intensidade de idéa obsessiva a suggestionar o doente, que a persuasão careça de uma grande energia, para que possa ser proficua.

O *tratamento* basêa-se essencialmente na persuasão. E' indispensavel, portanto, que o medico inspire confiança ao doente.

Si se trata de um ataque hysterico, não convém a pratica geralmente usada de uma forte compressão sobre os ovarios. Dahi derivam muitas vezes ovarites ou salpyngo-ovarites que se podem tornar muito graves.

Este processo absurdo deriva da crença antiga de que o ataque hysterico era o effeito do utero que sahia do lugar e de que assim pudesse elle, bem como os ovarios, ahi ficar preso.

No momento da crise deve-se borrifar ligeiramente o rosto do doente, dar-se um pouco de ether a aspirar, demonstrando que tudo vai passar. A Assistencia Publica emprega intelligentemente como meios auxiliares da persuasão, injecções de ether sulfurico que são muito dolorosas, e applicações de uma machina maneto-eletrica, muito incommoda.

Fóra da crise convulsiva são bem uteis os remedios fedorentos, no dizer do sabio Professor Francisco de Castro. Parece que o hysterico, além da acção antiespasmodica que possúam, vê no máu cheiro uma prova da possibilidade de cura.

O principal delles é a valeriana. Póde-se usar a solução de valerianato de ammoneo do Codex, na dóse de 3 colheres de chá cada dia em agua, a solução Laroyenne, na mesma dóse, o valerianato de zinco, em pilulas de 5 ctgrs., quatro por dia, e o extracto fluido de valeriana, na dóse de 4 grs. cada dia.

Receito com vantagem o extracto fluido de simulo ou o de Leptolobium elegans, na dóse de 10 grs. cada dia. As perolas de ether, particularmente de ether amylvalerianico, são muito uteis.

O brometo não dá o mesmo resultado vantajoso que em outras entidades clinicas.

Nos casos de grande excitabilidade devem ser feitas injecções de hyosciamina, na dóse de um milligrammo, ou de bromhydrato de hyoscina, na mesma dóse.

Neste caso como no de ataques, póde-se dar a aspirar o elixir fetido de Fulde, embebendo-se um algodão.

Muitos ha que preconisam a electricidade, particularmente o banho estatico. Actúa unicamente como meio suggestivo.

As duchas mornas ou as escocezas podem ser proveitosas.

Muitas vezes a hysteria é entretida pela fraqueza e muito commum é serem as hystericas pallidas e magras. Convém, portanto, o uso do ferro e arsenico, remedios que se podem associar numa mesma formula. Alguns auctores aconselham os phosphatos, mas estes sempre excitam um pouco e me não parecem convenientes.

O isolamento da hysterica, collocando-a num meio, em que se possa disciplinar a sua vontade, é sempre muito vantajoso.

No caso em que occorram insufficiencias endrocrinicas, muito util póde ser a opotherapia e si houver qualquer affecção utero-ovariana que exija operação, esta poderá concorrer poderosamente para supprimir uma causa permanente de irritabilidade e acarretar a cura.

A psychoscopia, permittindo descobrir a causa que emociona e suggestiona a hysterica, permitte que se faça uma psychotherapia intelligente e se persuada a hysterica, a que consiga reagir e dominar-se, para que a cura se antólhe definitiva.

NEURASTHENIA

Considero a neurasthenia uma psycho-neuróse dividida em dous grandes grupos: *psychasthenia* e *nervosismo*. Por este motivo o desenvolvimento do estudo clinico destes implicará naturalmente o conhecimento exacto daquella.

Si o typo completo do neurasthenico será sempre constituido pelo que associa psychasthenia e nervosismo, o que apresenta isoladamente qualquer destas entidades clinicas, sendo ellas ramos da neurasthenia, não poderá deixar de apresentar os predicados fundamentaes desta.

Iniciado o seu estudo clinico por Beard, de Nova York, Charcot aprimorou-o, fundamentando os seus caracteres fundamentaes, verdadeiros estygmas neurasthenicos: a *cephaléa*, a *rachialgia*, a *dyspepsia por atonia gastro-intestinal, a depressão mental com estado psychico particular*, a *asthenia neuro-muscular e a insomnia.*

A *cephaléa* é, no caso, menos uma dôr de cabeça do que uma sensação de peso, de afflicção na cabeça. A's vezes ha a sensação do *capacete neurasthenico* e parece ao doente que se lhe pôz um chapeu muito apertado que lhe constrange a cabeça. Algumas vezes a pressão se exerce unicamente sobre os olhos, nas fontes, na região occipital.

Não raro, uma sensação de massa de chumbo a encher a cabeça se antolha. Póde haver demais, uma sensação de vertigem constante, de obnubilação intellectual, de turvação da vista ou de hyperesthesia do couro cabelludo.

A *rachialgia* é caracterisada pela dôr ao longo da columna vertebral, ou num ponto limitado desta, podendo tambem succeder que em vez de dôr haja a sensação de pressão ou calor. A's vezes, é ella acompanhada por dôres fortes em outros pontos do corpo, as topoalgias, que dão a apparencia de nevralgias muito circumscriptas. O ponto preferencial da rachialgia é a região sacra, constituindo-se a placa sacra que dá ao doente muito frequentemente a convicção de ter tabes.

A *dyspepsia por atonia gastro-intestinal* é symptoma de que muito se queixam os neurasthenicos. A digestão faz-

se mal, por insufficiencia de secreções de succos digestivos e por falta de contracções da musculatura gastrica. A estase alimentar acarreta uma série de reflexos que trazem ao doente enorme mal estar.

Ao lado da convicção de que haja nos orgãos digestivos doenças muito graves, ha a afflição dependente da plenitude gastrica e digestão mal feita. Demais, o mal não fica circumscripto ao estomago e se irradia pela distensão do diaphragma, dando palpitações e oppressão precordial.

Outr'ora se acreditava que houvesse sempre anachlorhydria ou hypochlorhydria, mas hoje, que em muita conta se tem a influencia do systema nervoso, se acredita que possa haver hyperchlorhydria e que com um estado atonico possa coincidir azia.

A *depressão mental com estado psychico particular* é outro predicado da neurasthenia.

Ha essencialmente uma sensação de desanimo, de depressão hypocondriaca, de convicção da inutilidade de qualquer esforço.

Custa o doente a prestar attenção a qualquer cousa, a insistir em qualquer trabalho util. Encara tudo com pessimismo e tem a certeza de occorrer uma doença muito grave, quiçá irremovivel. Ha essencialmente a fraqueza irritavel do systema nervoso e no individuo muito deprimido se enxertam grande irritabilidade e mau estar.

A *asthenia neuro-muscular* é caracterisada pela fraqueza e pela sensação constante de cansaço. A's vezes este se nota preferentemente nas pernas, ou nos braços, ou se diffunde pelo corpo todo.

Curioso é que de manhã a asthenia é maior que de noite e tal se explica, porque durante a noite as toxinas se vão accumulando e impregnam fortemente as cellulas nervosas, dando uma sensação de notavel fadiga.

A *insomnia* é outro predicado foreiro. Não raro, é ella mais apparente do que real, e o individuo que dorme mal, tem a convicção de que absolutamente não dorme. Outras vezes, dorme no principio da noite e depois fica, a madrugada inteira, a remoer pensamentos do dia. Outras, só entra a conciliar o somno alta madrugada.

Póde haver a insomnia vazia, isto é, sem que o neurasthenico viva a pensar em cousa alguma, e a cheia de pensamentos, em que o cerebro se debate num emmaranhado de pensamentos multifarios. Durante a insomnia póde occorrer uma grande ansiedade.

Ao lado dos estygmas da neurasthenia, que são os que descrevi, ha os pequenos symptomas, assignalados pelas *vertigens*, os *tremores*, as *caimbras*, as *paresthesias*, a *asthenopia neurasthenica*, a *frigidez sexual*, as *perturbações vaso-motoras*, as *nevralgias* e as *palpitações*.

A vertigem neurasthenica se apresenta sem uma causa apparente, sem que haja uma relação directa com a digestão ou com qualquer disturbio catamenial. Não ha nella perda dos sentidos, mas póde haver zoadas e sensação de impulso a se deslocar da posição, em que se encontra. Os tremores são muito rapidos, lembram muito os basedowianos e se destacam particularmente nos membros superiores.

As caimbras que se repetem com grande intensidade, fazem com que a parada se imponha ou a quéda se dê. Qualquer exercicio vem a accentual-as.

As paresthesias se assignalam pelas dormencias, formigamentos, sensações de grande frio, etc., que muito affligem o paciente. Bernheim encontrou frequentemente exaggero dos reflexos rotulianos e dos plantares. Ford Robertson dá dous signaes clinicos como muito importantes: tremor das palpebras quando os olhos se acham semi-cerrados, e exaltação dos reflexos rotulianos.

A asthenopia neurasthenica é caracterisada pelo enfraquecimento progressivo da vista que inhibe mesmo a leitura ou qualquer trabalho de costura.

A frigidez sexual é muitas vezes mais de imaginação que de facto, mas não deixa de preoccupar grandemente o doente.

Nas pertubações vaso-motoras ha fogachos para a cabeça, para o rosto, para os membros, que muito vexam o neurasthenico.

As nevralgias se encontram em pontos diversos e com intensidade variavel.

As palpitações são muito intensas e, não raro, impedem completamente o somno e dão a convicção de uma grave lesão cardiaca.

Si são estes os elementos fundamentaes da neurasthenia, não se distribuem na mesma proporção nos dous ramos: psychasthenia e nervosismo.

Naquella predominam os vicios do raciocinio e as lacunas da vontade, ao passo que neste os disturbios da cenesthesia, os defeitos no modo de sentir.

Enunciarei detalhadamente os predicados de cada um delles e assim com todos os seus pormenores, implicitamente, se terá completado o estudo da neurasthenia.

PSYCHASTHENIA

(MODALIDADE DE NEURASTHENIA).

O estudo clinico da psychasthenia merece grande attenção, pelo avultado numero de doentes que neste feitio clinico se enquadram.

São elles foreiros na frequencia dos consultorios. São dignos de que lhes tribute interesse e se esmerilhem os pormenores de sua doença.

Considero que a psychasthenia é uma modalidade da neurasthenia, em que predominam as *obsessões, phobias* e *impulsos*.

E' um exgottamento nervoso originario, uma debilidade nervosa que acompanha o individuo desde o berço e nelle suscita reacções particulares.

Janet e Raymond abrangem na rubrica de psychasthenia as obsessões, impulsos, manias mentaes, loucura da duvida, os tiques, as agitações, as phobias, os delirios do contacto, as angustias, as neurasthenias e a nevropathia cerebro-cardiaca ou doença de Krishaber.

Concebo a psychasthenia de fórma differente e basta meditar que Janet e Raymond a consideram como uma modalidade á parte, parallela á hysteria, em cujo seio se englobam manifestações neurasthenicas.

Para que haja methodo, analysarei os caracteres formulados pelos auctores francezes, discutirei a razão de ser do typo clinico e apresentarei os symptomas que nos doentes me tem sido dado constatar.

A *obsessão* é constituida por uma idéa que empolga completamente o individuo, lhe acarreta uma emoção intensa, de que busca se libertar por uma reacção, cujo valor não póde sopesar. E' condição essencial a emoção e nisto ha a differença com a idéa fixa, em que o individuo só pensa numa cousa, mas se não emociona com o conteúdo da idéa.

A idéa obsessiva não perdura pela grande valia que possa ter: ás vezes é uma cousa absurda, um objecto de nonada, mas o doente, que muitas vezes lhe sente o absurdo, não póde libertar-se do seu tom emotivo.

Só ha prazer na minuciosa descripção do que o tortura e si ha uma fadiga constante em tudo o mais, ella se não depara quando ao medico desfia o rosario de seus padecimentos.

Tudo quanto sente, se lhe afigura uma cousa unica e lhe custa a crer que o mal seja commum e sua genesis elucidavel. Si o doente reconhece muitas vezes que é absurdo o que experimenta e não consegue exonerar-se da idéa emotiva que o empolga, é que ha no fundo uma fraqueza de vontade, que representa a essencia da doença. Falta-lhe a energia do querer e sobeja-lhe a emoção. Debalde envida elle esforços para que o pensamento parasita que lhe verruma o cerebro, se afaste. Busca pensar em outra cousa, mas quando menos se precata, a idéa obsessiva implanta suas tenazes e o individuo della fica um escravo.

E' ella consciente, mas apparece quando o doente não a deseja, embaraça-lhe o racioconio regular, empolga-o e, como um hospede importuno, se intromette em tudo, contraria as idéas razoaveis e se não póde com facilidade removel-a, taes são seus caracteres fundamentaes e ulteriormente em outros detalhes me embrenharei.

Os *impulsos* representam um elemento de descarga, um processo de defesa. São, muitas vezes, o complemento da obsessão, sua fórma final. A vontade é igualmente fraca para os reprimir. Elles irrompem e se exgottam, sem que seja licito dosal-os ou detalhal-os.

E' outro predicado da psychasthenia.

Janet e Raymond consideram outra modalidade da psychasthenia as *manias mentaes*. Estas, que tambem denominam elles manias mentaes de escrupulo, consiste em operações intellectuaes que excitam o doente e lhe occupam no pensamento duradouramente um lugar que não corresponde á sua insignificante valia.

A fuga do pensamento, o mentismo, a ruminação mental nisto se enquadra.

O termo é mau, porque implanta uma certa confusão com a psychose maniaco-depressiva que é outra cousa.

Demais parece-me que o que chamam manias mentaes, são processos cerebraes que cabem nas obsessões. A mania de limpeza, por exemplo, que faz com que horas

a fio se lavem as mãos na perspectiva de as libertar de uma immundice que não existe, nada mais é que uma obsessão de asseio.

Frequentemente consistem ellas em verdadeiras phobias. Não uso, porém, o termo manias mentaes, porque dá a idéa de mania e abrange obsessões e phobias que têm sua designação propria.

A *loucura da duvida* nada mais é que uma modalidade da obsessão. Representa um termo mau, pois na realidade não ha loucura alguma e apenas uma simples idéa obsessiva. Corresponde á loucura indagatoria de Morselli e consiste numa idéa que irrompe no raciocinio do doente, o empolga e emociona, sob a fórma de uma pergunta que elle faz a si mesmo e de cuja resposta quizera ter a certeza, mas se lhe depara a vacillação.

O individuo vê uma arvore e fica a perguntar a si mesmo porque não é ella azul? Vive, ás vezes, na duvida de ter sido o auctor de qualquer acto delictuoso, de ter feito qualquer cousa que não fosse rigorosamente correcta.

Feitio commum é o do individuo que fecha uma gaveta e volta duas e mais vezes a vêr si está bem fechada. Sabe que o fez, mas duvida e sente uma obsessão que o obriga a voltar.

O *tique* representa um acto que tendo uma causa logica e visando um objectivo plausivel, volta a repetir-se, sem que tal seja necessario, exaggerando-se na sua fórma, na sua intensidade e na sua frequencia. A principio volitivo, o acto é posteriormente automatico, inutil e, embora o paciente tenha consciencia delle, faz-se mistér um grande esforço, para que por muitos possa soffrer. A detenção voluntaria do tique agonia o doente, que prefere deixal-o perpetuar-se inutil e incommodo. E' uma simples manifestação nervosa, em que o phenomeno psychico é caracterisado pela obsessão e impulso. Si figura na psychasthenia, parece-me que nestas duas ultimas rubricas se póde bem enquadrar.

As *agitações*, que podem sem mentaes ou motoras, consistem numa série de actos que são exaggerados, em relação ao fim a que visam. Póde haver um torvelinho de idéas que empolgam o pensamento do paciente e apresentam o cunho de uma obsessão.

Outras vezes, ha uma série de movimentos inuteis, na perspectiva de bem realisar um razoavel. E' o caso de quem tem a impulsão de sacudir as pernas, antes de as locomover na rua.

E' o de quem se vê forçado a caminhar nervosamente, pela sala, de um lado para outro, antes de executar qualquer trecho musical.

Muitas vezes ha apenas nervosismo.

As *phobias* representam um dos elementos fundamentaes da psychasthenia. Ellas, as obsessões e os impulsos, podem abranger tudo que em quadros multifarios Janet e Raymond dispersaram. Na phobia ha como elemento essencial o medo que póde ser diffuso ou systematisado. Descripção mais circumstanciada será ulteriormente additada.

No *delirio do contacto,* em que a pessoa tem medo de tocar em certos objectos, numa faca, por exemplo, nada ha mais que uma simples phobia. Os proprios Janet e Raymond já lhe dão como synonimia, phobia de objectos e por esse motivo parece-me melhor não collocar num grupo á parte o que no quadro anterior se póde conter.

No que se designa *angustia,* ha uma agitação emotiva diffusa, uma sensação de ansiedade, em que ha um mal estar extremo, com os caracteres do que eu chamo nervosismo, a cujo respeito escrevi um trabalho. Penso, pois, que esta classe deve ser destacada para outra parte da neurasthenia, em que ha essencialmente uma fraqueza irritavel do systema nervoso, predominando os disturbios sensoriaes, um desequilibrio da vida emotiva, ao passo que na psychasthenia se destacam os elementos de fraqueza da vontade.

Outra classe da classificação de Janet é a das *neurasthenias.*

Colloca elle estas como uma parte da psychasthenia quando é justamente o contrario que se dá. Diz elle que é ella uma psycho-neurose muito visinha da neurasthenia, que occupa um lugar intermediario entre a epilepsia e a hysteria.

Anteriormente, mostrando-se de accôrdo com Dejerine e Moebius, que consideram a neurasthenia como a fórma inicial de que derivam as outras neuroses, como de uma fonte, acredita que a psychasthenia póde ser tida como um gráo de peiora da neurasthenia, em que ha phenomenos mais diffusos e mais intensos.

Deprehende-se de tudo isto a grande confusão, em que labuta.

A psychasthenia é uma fórma da neurasthenia e os elementos fundamentaes desta: *cephaléa, rachialgia, asthenia neuro-muscular, dyspepsia por atonia gastro-intes-*

tinal, insomnia, depressão mental com estado psychico particular, nella se podem constatar.

Na *nevropathia cerebro-cardiaca* ou *doença de Krishaber* ha um disturbio profundo da cenesthesia, em que o individuo se sente extranho a si mesmo, modificado em sua personalidade. Enquadra-se no que chamo nervosismo.

Vê-se, pois, que a psychasthenia não deve ser mantida nos termos latos, em que Janet a expõe. Demais nas observações que Raymond e Janet publicaram, ha typos clinicos que melhor caberiam, alguns, na psychose maniaco-depressiva, na eschizophrenia e syndromo paranoide. Para perfeito esclarecimento, basta ponderar que são elementos fundamentaes da psychose maniaco-depressiva modificação sensivel do humor, rapidez ou retardamento na associação de idéas, presteza ou custo no agir; que o são da eschizophrenia a perda de affectividade; de iniciativa e de associação logica de idéas; que a base do syndromo paranoide é um conceito arrogante do proprio eu, com egocentrismo resultante. Excluidas estas que são em pequena quóta, e justificando-se o facto pela notavel evolução que tem tido a psychiatria depois d'aquelle trabalho, ficam os doentes que cabem rigorosamente na psychasthenia e nervosismo. Neste colloco as *agitações, as angustias* e a *nevropathia cerebro-cardiaca* ou *doença de Krishaber.*

Na psychasthenia ha exclusivamente *obsessões, phobias e impulsos.*

As *manias mentaes* se reduzem a obsessões e phobias. A *loucura da duvida* é uma obsessão. O *tique* abrange obsessão e impulso e quando a agitação não é puramente sensorial e se não enquadra bem no nervosismo, ha obsessão ou impulso. O *delirio do contacto* representa uma phobia. As *angustias* pertencem ao nervosismo.

As *neurasthenias* representam designação applicada á parte do que cabe ao todo.

A *nevropathia cerebro-cardiaca* pertence ao nervosismo.

Modificada e reduzida a psychastenia aos seus elementos basicos, perguntar-se-hia si assiste razão á psychiatria franceza em a ter criado e mantido? De facto, todos os auctores reconhecem a existencia do que nella se contem, mas é varia a distribuição que dão ás obsessões, phobias e impulsões.

Kraepelin colloca-as no grupo dos estados morbidos originarios.

Schüle estuda-as nas loucuras hereditarias.

Morselli analysa-as na paranoia rudimentar. Régis, no grupo dos degenerados medios.

Krafft-Ebing, nas degenerações psychicas de base neurasthenica.

Dagonet, na loucura dos degenerados; Macpherson, nas psychoses dos degenerados; Morel, na loucura hereditaria, e assim por diante.

A classificação da Sociedade de Psychiatria admitte-a na psychoses ditas nevrosicas. Ahi figura ella ao lado da hysteria e choréa. Em minhas aulas sempre desenvolvo o assumpto e considero-a modalidade da neurasthenia.

Berkley, Tanzy, Chaslin, etc. collocam-na na neurasthenia.

Póde-se resumir, dizendo que uns exigem como base da psychasthenia um exgottamento nervoso, ao passo que outros, apenas o elemento degenerativo. Antigamente se chamava uma pessoa degenerada e tudo estava resolvido.

Hoje o termo já é mais esmiuçado e se dá mais importancia á debilidade nervosa que faz com que uma adoeça do cerebro mais facilmente do que outra.

E' a meiopragia que predomina.

As *obsessões, as phobias* e os *impulsos* têm o seu feitio proprio na psychasthenia. Pódem, porém, apresentar-se em miniatura, incompletos, como syndromos, no decurso da *epilepsia, nos estados de enfraquecimento mental infeccioso, na psychose syphilitica, na debilidade mental e na imbecilidade.*

Em qualquer caso, ha um enfraquecimento do systema nervoso que se caracterisa por uma fraqueza de vontade e exaggero de emoção.

Para justificar que as obsessões, phobias e impulsos se devem contêr na psychasthenia, basta que se investiguem os casos typicos.

Em todos elles houve anteriormente um profundo exgottamento nervoso, em que o elemento emotivo representou papel de grande monta.

Os doentes referem que se sentem abatidos, alquebrados, e uma emoção intensa, um abalo moral qualquer se constatam nos seus antecedentes morbidos.

Os predicados fundamentaes da neurasthenia se constatam nos que têm obsessões, phobias e impulsos.

Cephaléas os torturam. Rachialgia é habitual.

A asthenia neuro-muscular existe e se incrementa sempre após cada crise. A insomnia vê-se frequentemente. A depressão psychica é foreira. A dyspesia por atonia gas-

tro-intestinal igualmente se vê. Vertigens, tremores, caimbras, asthenopia neurasthenica, zumbidos de ouvido, palpitações, etc. que pertencem á neurasthenia, em muitos se vêm.

Da mesma fórma que se verifica na neurasthenia, em geral, que o doente, mesmo muito excitado, não delira com facilidade, o mesmo occorre no psychasthenico.

O seu raciocinio vive constantemente dominado pela idéa que o empolga e pela logica que a procura afastar.

Em qualquer epocha, porém se não verifica delirio. Allucinações se não constatam e nos auctores que as assignalam, mistér se faz que se esclareça bem que a illusões se não refiram. Na illusão se permuta uma sensação real por outra imaginaria e o psychasthenico, no apogêo da excitação, póde confundir as cousas, mas não as inventa.

E' preciso frisar bem, portanto, que o psychasthenico não é um allucinado.

Dejerine e Gauckler definem a neurasthenia como constituida pelo conjucto de phenomenos que resultam da não adaptação do ser a uma causa emotiva continua e da lucta em favor desta adaptação.

Meditando-se a respeito desta definição, verifica-se bem que a psychasthenia nella se póde conter, e, portanto, dentro dos limites da neurasthenia.

Seppilli estabelece como condição essencial desta a coexistencia de um exaggero de irritabilidade, em consequencia da qual a resposta dos nervos a qualquer estimulo é intensa e diffusa, e ha falta de resistencia funccional que acarreta exhaustão rapida da energia nervosa. Ainda ahi, cansaço e irritabilidade formam o fundo do mal que se chama psychasthenia.

Morselli considera como base d'ella uma asthenia nervosa constitucional, em que se fundem predisposição neuro-psychopathica e exhaustão do systema nervoso.

Tanzi funde a psychasthenia com a neurasthenia.

Krafft-Ebing considera a alienação mental com representações obsidentes como tendo por base uma neurasthenia constitucional.

Outros auctores de valia poderia adduzir, nos quaes possa apoiar a minha opinião de que a entidade clinica que analyso, deve ser enquadrada na neurasthenia.

Na psychasthenia ha um exgottamento nervoso constitucional. Ha um cansaço neurico que vem desde o berço. São verdadeiros predispostos a manifestações graves de neurasthenia. E' uma verdadeira meiopragia que conduz á

cerebrasthenia, nome com que tambem se póde designar a psychasthenia.

Si o individuo é um predisposto á facil exhaustão, claro está que as causas normaes desta mais activamente se farão sentir.

Observando-se a genesis do mal, vê-se que quasi sempre houve um abalo moral forte, uma emoção intensa e duradoura que veiu siderar o doente.

Discute-se e Claude é desta opinião, que uma emoção por si só não póde tornar uma pessoa neurasthenica.

Penso como Dejerine, que é ella causa fundamental. Basta recordar a experiencia de physiologia, em que um nervo excitado resiste demoradamente, ao passo que si o animal, a que elle pertencer, estiver assustado, mostrar-se-ha promptamente incapaz de conduzir ou reagir á excitação.

Si a psychasthenia é um ramo da neurasthenia, o mesmo raciocinio que a esta se applica, áquella se adapta.

Em geral, houve um susto, uma emoção e d'ahi veiu tudo, além da base meiopragica.

Verdade é que a grippe, a febre typhoide, a colibacillose, etc. pódem preceder o surto do mal. Ford Robertson dá grande valor pathogenico ás infecções intestinaes. Segundo as idéas de Allen, as infecções focaes, isto é, as que se originam da absorpção de pús na raiz de um dente, por exemplo, podem facilitar o apparecimento da neurasthenia. Mas o factor infeccioso se associa ao emotivo e quem não tivesse predisposição e com a doença se não preoccupasse, psychasthenico não ficaria.

Em trabalho muito interessante de Toye, de Janeiro de 1935, com o titulo de *psychasthenia* e *oxalemia,* diz elle, ser a psychasthenia um syndromo, cujos caracteres psychicos essenciaes constituem um fundo mental de hyperemotividade, insegurança, fatigabilidade, duvida e irresolução, em que se enxertaram paroxysmos obsessionaes e impulsivos.

Cita elle o valor dos processos toxi-infecciosos. Diz que Paul Pagés mostrou poder a psychasthenia preceder a tuberculose, mas haver tambem a doença no tuberculoso curado.

Loeper mostrou que no psychasthenico ha uma taxa elevada de oxalemia. No serviço de Euziére, varia a taxa de 0,02 a 0,09.

Montassut mostrou a influencia da alcalóse na genesis da doença.

Em todos os meus doentes vi sempre organisações emotivas que se vinham fatigando e contrariando. Em uns, difficuldades de vida; em outros, sustos e desprazer.

Nunca se me deparou nelles a antecedencia de uma vida absolutamente tranquilla e despreoccupada.

Outro facto a assignalar é que, em geral, havia desnutrição. A' custa de emoções, se deturpava o trophismo nervoso e a quéda deste exaltava o desenvolvimento daquella. Jean Lépine, em relatorio apresentado em 1908 ao Congresso Francez de Medicina, invoca na pathogenia dos estados neurasthenicos o papel importante dos disturbios nutritivos que, a meu vêr, facilitam enormemente o surto do mal.

Isto é natural, pois o cerebro vive á custa da nutrição de suas cellulas e ha uma relação muito estreita entre o metabolismo cellular cerebral e o pensamento.

Bernheim, de Nancy, acredita na associação do factor emotivo a uma dyscrasia toxica, muitas vezes constitucional e originaria. Diz elle que o organismo fica sobrecarregado de toxinas elaboradas pelos microbios ou criadas por uma dyscrasia nutritiva, e tal é o motivo, pelo qual a cura da neurasthenia se torna frequentemente difficil e demorada. Frisa elle, desde 1909, que se não trata de uma doença da imaginação, que não ha o effeito de uma auto-suggestão, que não é uma psychoneurose.

Feuillade no Congresso de Bruxellas, de Agosto de 1910, publicou um trabalho sobre os estados psychasthenicos post-infecciosos, em que o elemento toxi-infeccioso é invocado como de grande monta, pondo-se até de lado o factor hereditario.

Arndt invoca como causa da neurasthenia uma condição anatomica especial dos centros nervosos. Diz elle que ao lado de cellulas nervosas normaes ha grupos de outras que ficaram em estado embrionario, e que d'ahi deriva um estado degenerativo, de que resulta em ultima analyse a fraqueza irritavel.

Esta interpretação pecca como diz Seppili, pelo facto de só se poder applicar aos casos, em que o mal seja congenito e não admittir, portanto, uma neurasthenia adquirida.

A pathogenia da psychasthenia se constitue essencialmente de dous factores: o degenerativo hereditario e o emotivo, sendo que este ás vezes se somma com o toxi-infeccioso.

As toxi-infecções por si sós não criam a psychasthenia, mas a facilitam e incrementam.

Observando-se os doentes, verifica-se que se apresentam pallidos e emmagrecidos. Em parte, são as emoções que experimentam, o que concorre para os manter desnutridos e anemicos, mas tambem se notam prisão de ventre persistente, insufficiencia hepatica, catharro gastrico e intestinal, etc., que influem para manter uma hypotrophia toxica.

Esmiuçados os symptomas da psychasthenia, deve-se fazer analyse das obsessões, phobias e impulsões.

Pierre Janet divide as obsessões em cinco classes: obsessões de sacrilegio, de crime, de vergonha do eu moral, do eu physico e de molestia.

Pitres e Regis admittem varias classes: da duvida, de escrupulo, da palavra, do algarismo, da linguagem, de sentimentos e affeições, nosophobicas, etc.

Morselli admitte tres classes: obsessões de duvida, de contacto e inhibitorias.

Tanzi admitte tres classes: intellectuaes ou puramente representativas, emotivas, isto é acompanhadas de um estado affectivo, e impulsivas.

Outras classificações poderia adduzir, mas estas bastam, para que do assumpto se tenha idéa.

Commentando e criticando a de Janet que foi o criador da psychasthenia, vê-se que a obsessão de sacrilegio se constata quando ha a associação de uma idea elevada, religiosa, a outra de escarneo, deprimente. E' o caso do doente que não podia pensar no espirito do proprio tio, sem que immediatamente pensasse em fezes a lhe envolverem o rosto. E' o caso do doente que pensando na hostia, se lembra de qualquer porcaria que a profane. Não é obsessão das mais communs.

A obsessão de crime é uma das mais communs. Póde variar o feitio, mas é sempre a tendencia á realisação de um acto delictuoso, contra o qual se revolta a consciencia honesta do doente.

Ás vezes, a obsessão não é acompanhada do impulso e o doente pensa em matar, se afflige com isto, mas o não faz. Na de roubar (kleptomania) o doente pensa nisto e chega a praticar o acto, para que se liberte da angustia que o tortura. Com a idéa de crime se associa muitas vezes a do remorso de o haver praticado. São pessoas que se accusam de ter feito qualquer cousa má, que repisam a todo instante isto e assignalam o remorso de o ter feito.

A's vezes nada houve ou foi uma cousa sem importancia, mas ha notavel exaggêro e pessimismo.

Tenho um cliente que vive com a obsessão de ter procedido mal por occasião da morte de um primo que muito prezava, momento em que torrentes de lagrimas e gritos lamuriosos não surgiram a lhe accentuar o soffrimento.

E' a idéa de um crime que póde ser absurdo, mas que nem por isso deixa de incommodar.

No obsessão de vergonha do eu moral, o paciente acha que não procedeu em dado momento dentro dos limites da honra e dever. Pensa que nas confissões na igreja não vasou toda sua sinceridade, que em suas orações não transfundiu toda a sua fé. Neste typo se englobam frequentemente idéas de sacrilegio e crime e me não parece que Janet tenha razão quando o criou.

Na obsessão de vergonha do eu physico, vive o doente a se analysar, a se mirar nos espelhos, com a preoccupação de que está engordando ou emmagrecendo, de que tem sardas, de que surgem rugas.

Não é uma simples questão de vaidade, pois póde ser uma simples questão interpretativa, sem que nada de real exista.

Lembro-me de uma doente em que havia a idéa de que pêllos lhe surgiam no rosto, o que a irritava, sem que elles houvessem excedido á tenue pennugem, que o roçagavam.

A obsessão de molestia é muito commum.

Idéas hypochondriacas campeiam francamente nos psychasthenicos.

E' mistér distinguir bem o que caiba á phobia que implica a sensação de medo.

Na obsessão de molestia o individuo não tem medo de que vá ter alguma cousa, mas tem a preoccupação dolorosa de que della já padeça.

Muitas vezes é a idéa de loucura que o empolga. O doente se apresenta com a convicção de que o que tem é alienação mental, e se aterra com isto.

Tenho um consulente que apresentando um tique de tiragem, procurára um dos nossos mais notaveis clinicos e ouvira delle ser aquelle um phenomeno psychico, sendo esta phrase motivo occasional, para que viva elle a indagar de mim, si aquillo não é um symptoma positivo de loucura.

Doenças da esphera sexual tambem preoccupam extraordinariamente. Assim é que o psychasthenico tem muitas vezes erecção incompleta, ejaculação prematura e gozo

insufficiente e qualquer das tres cousas basta para que viva a se convencer da existencia de uma doença da medulla.

O apparelho circulatorio é outro motivo de scisma. Muito frequentemente se associa o nervosismo á psychasthenia, dando o typo completo do neurasthenico.

Então ha, ao mesmo tempo, disturbios multifarios da cenesthesia e obsessões, phobias ou impulsos. O individuo sente, por exemplo, uma grande afflição no coração, palpitações, constricção, etc., e tem a obsessão de que está soffrendo de uma doença muito grave do orgão cardiaco. Viverá com a obsessão, a procurar medicos, e a persuação destes, por si só, não o curará e será sempre necessaria uma medicação calmante que attenúe o erethismo do plexo cardiaco.

A classificação de *phobias* de Régis é, a meu vêr, das melhores. A phobia dá-se quando a idéa que empolga o doente, se reveste do predicado do medo.

Póde ser diffusa ou systematisada. No primeiro caso ha um medo vago, indefinido e a pessoa vive num presentimento angustioso de que vá succeder alguma cousa muito grave.

Quando systematisada, pode ser constitucional ou accidental. No primeiro caso houve desde a meninice o receio desarrazoado de certas cousas; no segundo, houve uma emoção ligada a uma certa cousa, da qual começa a haver o medo d'ahi em diante.

Podem ser classificadas as phobias em tres grupos: de objectos e actos; de lugares, elementos, doenças e morte; e de seres vivos.

A de objectos póde ser: de poeiras (*misophobia*). de metaes (*metallophobia*), de alfinetes (*belenophobia*), de sujeira (*rupophobia*), de venenos (*toxicophobia*), do sangue (*hematophobia*), de objectos aguçados (*aichmophobia*), de pedacinhos de vidro (*ialophobia*), de pêlos (*trichophobia*), etc.

Na minha clinica observei uma doente que não podia comer arroz, farinha ou feijão, que não catasse demoradamente, receiosa sempre de que ahi se aninhasse um alfinete (*belenophobia*).

Duas outras tive eu que tinham a phobia da poeira e de se emporcalhar (*rupo* e *misophobia*). Uma dellas vinha de casa e no bonde bastava que o seu visinho lhe encostasse o pé, para que saltasse a se limpar. Lavava as mãos uma infinidade de vezes, receiosa sempre de que estivessem sujas e contaminadas. Outra não podia abrir uma

porta, sem que com um papel limpo pegasse nas maçanetas, onde naturalmente muitos já deveriam ter tocado.

Ha uma outra que já tem as mãos descoradas de tanto as lavar. E' que pessoas, com que fale, podem muitas vezes ter estreitado a mão de doentes.

Na phobia de actos se enquadram os individuos que se sentem incapazes de escrever diante de muita gente o seu nome ou de realisar qualquer trabalho, a que já estejam affeitos. Ficam com medo de não fazer direito e o não fazem. Um cliente meu, tabellião no interior de S. Paulo, teve de deixar o trabalho, porque vivia apavorado com a idéa de o fazer em publico.

Entre as phobias de lugares, ha a de grandes espaços (*agoraphobia*), de pequenos espaços (*claustrophobia*), de cumes (*acrophobia*), de precipicios (*cremnophobia*), de casa (*oichlophobia*), de carros (*amaxophobia*), de trens (*siderodromophobia*), etc.

Tive um cliente que era incapaz de atravessar o largo de S. Francisco de Paula, sem que o bordejasse pelas paredes das casas. Tenho tido mais de uma cliente que não póde frequentar theatros ou cinemas, porque sente o medo de que a multidão a abafe, parecendo-lhe o espaço muito pequeno. Ahi ha *claustrophobia,* ali *agoraphobia.*

Ha quem nunca tenha podido ir ao Pão de Assucar ou Corcovado (*acrophobia*). Ha quem não possa ficar em casa e só queira viver na rua (*oicophobia*).

As clinicas de especialistas demonstraram tambem a existencia de psychasthenicos que são incapazes de entrar num ascensor.

As phobias de elementos são representadas pelo medo de ar ou vento (*aereo* ou *anemophobia*), de fogo (*pyrophobia*), de agua, rios e mar (*hydro, potamo* e *thallassophobia*), da terra (*geophobia*), de tempestade (*cheimophobia*), de trovão (*bronthemophobia*), de relampago (*astrepephobia*), de montanhas (*orophobia*), de ladeiras (*clinophobia*), de vacuo (*kenophobia*), da noite ou da escuridão (*nyctalophobia, keronauphobia*), da claridade (*photophobia*), etc.

Um pequeno cliente meu, de 9 annos, esconde-se debaixo da cama, sempre que escuta o roncar do trovão (*bronthemophobia*).

Mais de um tenho visto que fecha hermeticamente janellas e portas, com receio da menor corrente de ar (*anemophobia*).

Tenho outro que nunca se sentiu capaz de tomar banhos de mar (*thalassophobia*). Mais de um me tem consultado, que não dispensa uma lamparina ou mesmo a luz bem forte, para que possa dormir, sem que se apavore.

Phobias de doenças são muito communs.

São as phobias ou pathophobias, de que a mais importante é a *psychopathophobia* ou *maniphobia,* isto é, medo de ficar louco.

Mais de um cliente me tem consultado com esta phobia.

Um delles, empregado na Estrada de Ferro Central, sentia de vez em quando uma afflição enorme na cabeça, pensava que ia ficar louco, aterrorisava-se com a idéa e começava a ruminar o que lhe adviria se fosse agarrado e levado para o Hospicio, vendo-se brutalisado e a familia em estado miseravel.

Uma idéa desperta outra e si uma pessoa pensa em ficar louca, tudo quanto ha de máu a respeito disto, lhe acóde e uma hyperesthesia sensorial faz com que sinta, como prova disto, tudo quanto lhe venha do mundo exterior.

Outros pedem-me que sempre lhes assegure que não ha risco de que enlouqueça.

Acarophobia ou medo de estar com sarna tambem já foi visto por mim. Occorrêra em um doente que anteriormente tivera sarna.

Tambem conheço casos de *tisiophobia* ou medo de estar tuberculoso, *syphilophobia* ou de ter contrahido a syphilis, *microbio* ou *bacillophobia* ou dos microbios, *lyssophobia* ou da raiva e *cardiopathophobia* ou de doença do coração.

Os auctores citam tambem a *gonoccocophobia* ou medo de ter blenorrhagia, a *hysterophobia* ou de hysteria, a *hypnophobia* ou do hypnotismo, *glossophobia* ou de doença da lingua, *odontophobia* ou de doença nos dentes, *spermatorrhéophobia, tremophobia*, etc.

Morselli cita a *dysmorphobia* ou medo de ter ficado differente no aspecto em relação ao que era, mas isto, a meu ver, é mais frequente na eschizophrenia de que é um dos mais curiosos signaes pregoeiros.

A phobia de enrubecer ou *ereutophobia,* a de suar ou *ephidrophobia,* a de evacuar ou *apopathophobia,* a de estar em pé ou andar ou *estasophobia* ou *basophobia,* a de falar ou *logophobia,* a de vestir ou *enduophobia,* etc. pertencem tambem a este grupo.

Ha quem viva sempre a pensar na hora da morte ou *tanatophobia.*

Entre as de seres vivos ha: a de homens ou *anthropophobia,* a de mulheres ou *gynecophobia,* a do povo ou *ochlophobia,* a de cães ou *cynophobia,* a de gatos ou *galephobia,* a de qualquer bicho ou *zoophobia,* etc.

O *impulso* é constituido pela tendencia irresistivel á realisação de um acto.

Muitas vezes é elle absurdo, extravagante, desarrazoado, mas o individuo o não póde sopitar.

Frequentemente é o complemento de uma obsessão e não consiste unicamente no agir e sim no tender a agir.

O doente lucta não raramente, para que o acto se realise, mas a afflicção que o phenomeno inhibitorio lhe acarreta é de tal ordem, que prefere deixar que a reacção extravase, porque sente que isto lhe acarreta um allivio enorme. Ha como que um desabafo.

Ha uma escassez de energia volitiva e a pessoa não consegue fazer unicamente o que queira.

Pitres e Régis dividem os impulsos em motores, psychomotores e psychicos.

Morselli divide em impulsos a realisar gestos ou actos ou tiques, a pronunciar palavras, a realisar actos inoffensivos e a praticar actos damninhos e perigosos.

No primeiro caso o acto póde não ter utilidade ou qualquer fim pratico, mas irrompe e a vontade baquêa no sopital-o.

Ha doentes que dizem uma série de palavras obscenas (*coprolalia*) e só alliviam depois que o fazem.

A *echolalia* ou impulso a repetir as palavras ouvidas é phenomeno que pertence menos á psychasthenia que á eschizophrenia.

Entre os impulsos a actos inoffensivos, ha a *poriomania* ou a viajar, a *dromomania* ou a caminhar e a *do jogo.*

Entre os actos nocivos ou perigosos ha a *kleptomania* ou impulso ao furto, a *pyromania* ou ao incendio, a *clastomania* ou á destruição, os impulsos ao *suicidio,* ao *homicidio,* ás *perversões sexuaes,* ás *bebidas alcoolicas,* ás *mutilações,* etc.

Conheci em Paris uma senhora brasileira de alta sociedade que era sempre acompanhada por um empregado que ia a repôr no dia seguinte os objectos que era impulsionada a roubar.

Casos de *dyspsomania,* conheço-os muitos e o doente tem nojo da bebida, sente que não a deve tragar, mas não consegue refreiar o vicio que o empolga e impulsiona.

Obsessões, phobias e impulsos frequentemente se associam ou se substituem. O psychasthenico vive á mercê delles. Em qualquer delles se assignala bem a psychopathologia da psychasthenia, em que sobresahe a falta de vontade. Este é o seu defeito caracteristico.

O soffrimento que conturba, occupa um plano inferior ao em que se encontra no nervosismo.

Aquillo que se destaca, é a falta de energia para refugar o que campeia na sua consciencia, para agir sem que se aperceba do que estorva o seu querer.

A debilidade nervosa acarreta a impossibilidade de bem desempenhar a capacidade volitiva e ella deriva, por sua vez, de uma desnutrição nervosa que resulta de factores accumulados desde o berço, em que se salientam emoções e toxi-infecções.

A's vezes, é só o impulso inicial que falta; outras vezes, a acção em toda sua plenitude falha. Inhibido na vontade ou indolente no seu desempenho, o psychasthenico é uma presa que se não liberta facilmente das obsessões, phobias e impulsos.

A demonstração de que tudo é absurdo, o não surprehende, porque não raro assim pensa, mas não é isto que lhe incutirá o querer. A persuasão o não curará. E' preciso restaurar o systema nervoso exgottado, tonifical-o, e demonstrando ao doente que é preciso reeducar a vontade, ir dando alimento e medicamento á cellula nervosa que baqueou.

A fraqueza nervosa póde chegar a ponto que, como na observação de Schwab (*The Journal of Nervous and Mental Diseases,* Nov. 1905), se verifique uma atrophia accentuada muito regular de todos os musculos. Via de regra, o psychasthenico emmagrece.

A consciencia de incapacidade, a duvida e indecisão e a fraqueza das funcções psychicas concorrem para o abatimento em que vive o doente.

Gianelli diz que os psychasthenicos são timidos, misoneistas, capazes de tudo no dominio intellectual e de cousa alguma no da acção.

Ha, ás vezes, verdadeiras paradas do pensamento que vive estagnado numa idéa unica.

Ha hypoacidez de urina. Hypertensão arterial vê-se na quasi unanimidade dos casos e penso existir ahi um bom meio para se fazer a distincção do hysterico e do simulador. Ha muito frequentemente edemas que predominam nas palpebras e nos labios. A pelle mostra-se secca. Ha falta de lagrimas e de catarrho.

A vida sexual é poderosamente influenciada. Ha muito frequentemente impotencia psychica.

Em consequencia de um dia de calor excessivo ou de qualquer outro desprazer, póde falhar a erecção no momento da copula. Qualquer outro se não impressionaria com isto, que perceberia não corresponder a um vicio insanavel. Com o psychasthenico tal não succede. Pensa elle logo que possa estar impotente e com esta convicção muito naturalmente se incommoda. Buscando convencer-se do contrario, entra timorato numa casa de meretriz e o pensamento obsessivo de que possa falhar a potencia, é o motivo unico, pelo qual mais uma vez o insuccesso se constata.

Horrorisado e descrente, não tarda que corra aos consultorios medicos e de um em um vá buscando a certeza que talvez se lhe não antolhe na primeira relação sexual. E' indispensavel que se levante o moral, que se lhe demonstrem perfeitos os reflexos e que se lhe explique o mechanismo do phenomeno. E' a idéa de impotencia a se intrometter no acto e a o inhibir. E' preciso que se busque convencer o doente disto, mas tanto não basta. E' indispensavel que um tonico nervino lhe revigore a innervação exgottada, que se lhe aparem com anti-espasmodicos as demasias de emoção e que se lhe aconselhe a frequencia de uma mulher, com quem tenha muita liberdade ou com a qual já se tenha ostentado pujante e varonil.

Nos recessos dos consultorios são communs estes doentes, que, ás vezes, numa longa exposição de cousas outras adiam e evitam o toque na ferida que os tortura e compunge.

E' o pleno dominio da doutrina de Freud, que na sexualidade busca a origem de todos os males.

A impotencia psychica é effeito de uma obsessão e de uma phobia. Aquella lhe incute a idéa tenaz de que tenha uma doença grave, talvez da medulla, esta a do receio de que nunca mais possa exercer o seu poder genesico.

Smidoff, que escreveu uma these interessante sobre a psychasthenia, diz que a incapacidade dos psychasthenicos se assignala principalmente na funcção do real, isto é, nos

phenomenos psychologicos que presidem á adaptação do individuo á realidade actual.

Bernheim apresenta como symptomas: cephaléa, vertigens, zumbidos de ouvido, abulia, obsessões tristes, pesadêlos, dôres e sensações diversas, formigamentos, entorpecimento, amyosthenia, disturbios gastro-intestinaes e exaggero dos reflexos rotulianos. Alguns destes symptomas, os mais accentuadamente sensoriaes, pertencem antes, a meu vêr, ao nervosismo. Póde haver, porém a associação deste á psychasthenia.

O psychasthenico é muitas vezes um toxicomaniaco e principiando a fazer uso de um delles, injecções de morphina, por exemplo, dellas fica um escravo, pois a força de vontade não surge a vencer a obsessão que o empolga.

Ha commummente a sensação de que se está inferior ao que se era antigamente. Tudo que se faz, parece que seria realizado melhor em outros tempos. E tudo fica como que por finalisar.

Falret assignala que frequentemente ha o appello á opinião de outras pessoas, duvidosos sempre da firmeza de suas percepções.

O psychasthenico pensa em agir, sabe como deve fazer, delinêa os seus planos, mas, doente da vontade, os não executa. Tive um doente que, residindo na Avenida Rio Branco ficara cinco annos sem que conseguisse sahir á rua. Ficava sem energia para o fazer, e um estado de ansiedade o empolgava, si insistia.

Mediquei-o e ficou completamente curado.

O Dr. José Garcia de Barros, que foi um dos mais applicados dos meus alumnos e escreveu uma bôa these sobre psychasthenia, cita o caso de uma senhora que não consegue igualmente por abulia ir até á rua.

A memoria é vagarosa. O individuo não é um esquecido, mas custa a evocar as suas idéas. Ha um entorpecimento geral do cerebro, a não ser em relação ao que directamente interessa ás obsessões, phobias e impulsos.

Ha um embotamento sensorial, nunca, porém, tão accentuado como na eschizophrenia. A insomnia sóe occorrer bastas vezes, passa-se a noite inteira a remoer uma idéa e o somno é desviado; outras, o cerebro fica como vasio, exhausto, e abstracto o doente, queda-se em somno, a não pensar em cousa alguma. O appetite foge. Preoccupado, não tem vontade de comer, e si o faz, não mastiga bem e digere mal.

Alternativas de prisão de ventre e diarrhéa se constatam, mas o que predomina é a constipação. O doente, ou urina muito e o liquido é claro, quasi transparente, ou o faz raramente, como que esquecido da funcção. A vida vegetativa como que se perturba toda ella, e o doente principia a emmagrecer e definhar.

A vida do individuo toda ella se compromette, e Mönkemöllel, na *Archiv. für Psychiatrie* n. 54 de 1914, assignala casos interessantes, em que questões forenses graves se suscitavam.

O humor e a moral se pervertiam e defeitos psychopathicos eram oriundos, em ultima analyse, da falta de energia volitiva.

Para que se faça o diagnostico differencial, é preciso que se firme bem a doutrina de que a psychasthenia tem uma individualidade propria e que não deve ser confundida com a hysteria, por exemplo.

Lewandowsky (*Handbuch der Neurologie,* 1914) acredita que haja ahi sempre um caracter hysterico.

Adoptando-se as idéas modernas sobre hysteria, de que foi creador Babinski, vê-se que é qualidade essencial ser constituida por phenomenos formados por suggestão e removiveis pela influencia exclusiva da persuasão.

Não é isto o que occorre na psychasthenia. Póde a suggestão influencial-a, mas não é o factor primordial, o elemento originario de tudo quanto nella se verifique.

A persuasão, por si só, não a curará e isto é tambem elemento de grande valia para extremar as duvidas.

Impulsões se constatam muitas vezes nos epilepticos, mas a differenciação se fará, porque nestes, além da existencia de crises convulsivas ou quaesquer outras comiciaes, ha instantaneidade e maior rapidez na descarga.

A reacção motora vem de um jacto e nella se não acha presente a consciencia. Esta póde na psychasthenia achar-se em certo momento obnubilada, mas se não encontrará suppressa como no acto comicial.

Poder-se-hia pensar em psychose maniaco-depressiva, mas a differenciação se firmará bem nas modificações fundamentaes do humor, da associação de idéas e da actividade motora.

A eschizophrenia simples poderia parecer psychasthenia, mas basta prestar attenção aos elementos basicos daquella, que são a perda da affectividade, da associação logica de idéas e da iniciativa.

Quando obsessões, phobias e impulsos surgem como syndromo no decurso dos estados de enfraquecimento mental infeccioso, sobresahem os predicados deste, que consistem em diminuição do coefficiente intellectual e residuos toxi-infecciosos confusionaes.

Na psychose syphilitica ha os dados do laboratorio a extremar as duvidas e os symptomas clinicos, frequentemente de lesões em fóco, que dão a preponderancia á syphilis e plano secundario ao syndromo psychasthenico.

Na debilidade mental e imbecilidade, ha os caracteres essenciaes de escassez de intelligencia, e ahi tambem póde enxertar-se como um syndromo, a psychasthenia.

Para tratar um psychasthenico, basta meditar na sua essencia neurasthenica. E' preciso nutrir a cellula nervosa e não excital-a, devendo portanto como no nervosismo, ser posta de lado quer kola quer estrychnina.

Os melhores tonicos do systema nervoso são a lecithina, o arsenico, a cerebrina e o glycerophosphato de magnesia.

Nunca se deve receitar para neurasthenico, *estrychnina, kola* ou *enxofre* que excitam muito o systema nervoso.

Receito com frequencia, pilulas, em que associo a *ovolicithina* ao *extracto* de *damiana,* augmentando aquelle a mineralização phosphorada e azotada do organismo.

Reforça a utilisação dos materiaes phosphorados de origem alimentar, augmenta o numero de globulos vermelhos, faz engordar. Ao lado da acção tonica, ha a anti-toxica.

O *arsenico* é um optimo tonico dos nervos e absolutamente não excita.

O *extracto cerebral,* particularmente sob a fórma de injecções, é um dos melhores remedios da neurasthenia. A *encephalina* que é extracto de cerebro, é por mim frequentemente prescripta, com muito bom resultado.

Ionase neuro-tonica que tem como base *ouro colloidal e glycero-phosphato de magnesia,* é muito utilmente receitado por mim.

O ouro colloidal é um dos melhores remedios do systema nervoso, por ser um verdadeiro anti-toxico da cellula nervosa. O glycero phosphatato de magnesia é excellente tonico que não excita.

Os phosphatos são sempre muito uteis, sendo, porém, preferivel o de magnesia.

A par disto, é necessario evitar a excitabilidade emotiva e emprego sempre com proveito o valerianato de zinco e a Cannabis Indica.

O opio póde ser vantajoso, e dos preparados deste o que me parece mais adequado, é o phosphato de codeina.

O brometo só poderá ser utilisado em dóses muito pequenas; em caso contrario, só poderá ser nocivo. Crile, em 1921, fazendo pesquizas experimentaes sobre exgottamento nervoso, verificou que o indispensavel para a cura é o somno e constatou em seus estudos histologicos que os tecidos affectados eram o systema nervoso central, o figado e as supra-renaes. E', pois, logico que a opotherapia apropriada possa ser util.

Em qualquer hypothese, é preciso fazer a reeducação da vontade.

E' necessario que se demonstre ao doente que tudo quanto padece é um effeito de sua escassez volitiva e que deve reagir contra isto. Si se não tira uma parte da emoção á custa da medicação anti-espasmodica, o esforço será baldado, porque para que não sinta ansiedade, preferirá entregar-se á sua asthenia. Um pouco mais tranquillo, porém, e tonificado o systema nervoso, poderá reagir melhor e a auto-suggestão, ou antes a persuasão propria, poderá obter a cura que por si só não obteria.

Costumo curar meus clientes psychasthenicos, dando-lhes um tonico cerebral e, ao mesmo tempo, um calmante que lhes tire, ou pelo menos diminúa muito a emoção. Prescrevo, por exemplo:

Xarope de Leptolobium elegans	270 grs.
Brometo de sodio	20 grs.
Extracto fluido de lupulo	aã 10 grs.
Dito de alface	
Dito de mulungú	
Dito de belladona	10 centigrs.

Tome quatro colheres de sopa cada dia.

Si o psychasthenico tivér, por exemplo, medo de sahir de casa porque na rua se sinta mal, aconselho que insista em sahir, tomando uma colher de sopa do remedio pouco antes de sahir de casa, e outra no momento de o fazer. O doente deve levar no bolso um pequeno frasco, destes que se usam com perfumes, com rôlha de metal ou esmerilhada. Cada frasquinho conterá uma colher de sopa do remedio. Poderá levar dous outros frasquinhos. Si começar a se sentir afflicto, o psychasthenico beberá o remedio, ficará tranquillo, sem emoção. Como elle mesmo reconheça ser uma bobagem o receio que tem, e só se es-

cravise á idéa morbida pela afflicção que ella provoque, liberto della pelo remedio, poderá fazer o que lhe desagrade, seguro de não ter o mal estar.

Comparo com o que se vê em quem deve atravessar um lugar perigoso e fal-o, levando no bolso um bom revolver.

A segurança de que se possa defender no momento opportuno, faz com que caminhe com coragem e tranquillidade.

Convicto, pela ausencia de emoção, de que nada lhe vá succeder, o psychasthenico que, a principio, toma quatro colheres de sopa do remedio, passa a usar apenas tres, duas ou mesmo uma. Ha evidentemente, ao mesmo tempo, persuasão, porém esta por si só não basta.

A formula medicamentosa que criei, dá excellentes resultados, porque tira os disturbios da cenesthesia e a emoção. Desembaraçado destes, tonificado o systema nervoso, o psychasthenico sempre se curará de modo perfeito.

O psychasthenico, com *psycho ou maniphobia,* isto é, com a phobia de ficar louco, representa um dos typos mais encontradiços nos Consultorios. Demonstro a elle que *nunca, em hypothese alguma, uma pessoa fica louca só pelo facto de pensar ou ter receio de enlouquecer.*

Quando uma pessôa fica louca, isto succede, sem que ella tenha a menor noção de que o está ficando.

Aquillo que dá ao psychasthenico, a idéa de que vá enlouquecer, é a afflição que sente na cabeça. Curo esta por meio da formula minha, em que reuni o *lupulo* e a *alface* que são os melhores remedios para retirar os disturbios da cenesthesia. O doente, liberto do nervosismo cephalico e convencendo-se da grande verdade de que loucura não vem pela auto-suggestão, fica tranquillo e cura-se facilmente.

O *ether sulfurico,* os *extractos fluidos de hortelã* e *alface* representam os melhores remedios para a cura da vertigem.

Quando um psychasthenico vive com medo de ter um ataque ou de ter vertigens, dou estes remedios que o libertam da afflicção e o curam.

Em todo e qualquer caso de psychasthenia, o meu methodo de tratamento consiste em dar um tonico para o systema nervoso, que não excite, isto é, sempre sem kola, nem estrychnina e fazer psychotherapia armada, isto é, dar um calmante que não deprima, que tire as perturbações da sensação, ao mesmo tempo que faço o doente ficar con-

vencido da grande verdade: a *psychasthenia é doença sempre curavel.*

A *impotencia psychica* representa um feitio da psychasthenia que é muito frequente. Um individuo vai procurar uma mulher a ter relações sexuaes e por uma impressão de momento, por um disturbio emotivo, sente que a potencia lhe falta ou se mostra muito diminuida.

Nas outras vezes em que procura realisar o acto sexual, já vai com a idéa de que a potencia possa falhar. O medo de rer impotente, é que traz a inhibição e faz faltar a potencia. Fóra do contacto com mulher, o individuo constata que a tem perfeita.

Isto accarreta a idéa de que elle esteja diminuido sexualmente ou mesmo impossibilitado de exercer a copula. Examino o doente e mostro a elle que o reflexo cremasteriano está perfeito, o que demonstra a não existencia de lesão organica. Explico a elle a razão de ser do que se passa, e digo que vou receitar um remedio que lhe tira a emoção do momento e o colloca exaggeradamente potente, de tal modo que, mesmo pensando em não ter potencia, esta virá.

Prescrevo então:

Extracto fluido de Echinaccea angustifolia.	aã 20 grs.
Dito de muirapuana	
Dito de damiana	aã 10 grs.
Dito de mulungú	

Tome quarenta gottas de cada vez, tres vezes ao dia.

Dou tambem injeccões de *ovo lecithina.*

Outro ponto importante é que o psychasthenico, com impotencia psychica, deve procurar ter a relação sexual com uma mulher, com que já esteja relacionado, com que já tenha exercido bem a copula ou de cuja opinião ou commentarios se não arreceie.

O isolamento é util, mórmente quando no meio familiar se deparar um adubo propicio ás idéas que brotaram no campo da consciencia.

A educação, incutindo desde a infancia força de vontade, procurará evitar o grande desenvolvimento que vai tendo a psychasthenia, o grande mal da epocha, que supprimirá os vencedores do futuro que serão sempre aquelles que mais souberem e puderem querer.

NERVOSISMO

(MODALIDADE DE NEURASTHENIA)

Nas clinicas de especialidade ha um numero consideravel de doentes, cujo feitio clinico é identico e mal descripto pelos auctores. Refiro-me a individuos que se apresentam num estado de ansiedade extraordinaria, revelando sentir um mal estar indescriptivel, em que as perturbações da cenesthesia têm papel de grande monta.

Ora se queixam do estomago, ora do intestino, ora do coração e assim por diante, mas em qualquer caso tudo é acompanhado de uma affliçãо enorme na cabeça que lhes não permitte o raciocinio calmo e os tortura a cada instante.

Alguns dizem que sentem a cabeça ôca, outros que ella se mostra dormente, ou cheia de ar, ou com um liquido a correr, ou com um pêso de chumbo, ou zonza, tudo isto sempre com um ennevoamento nas idéas e estados afflictivos com verdadeiros paroxysmos.

Muito frequente é a sensação de um formigamento na cabeça ou a de ondas de sangue, imaginando o doente que vá ter uma congestão cerebral.

Como frequentemente occorre em exgottados do systema nervoso, ha intermittencia no surto do mal e o doente soffre por accessos.

Póde-se bem dizer que nelles de todas as partes do corpo é o cerebro a que mais os incommoda.

E é este o motivo, pelo qual em grande quantidade procuram os especialistas de doenças mentaes. Da frequencia de casos taes dil-o bem a minha estatistica de consultorio, em que figuram com uma percentagem de 30 %, quasi igual á dos de psychasthenia, com impotencia psychica, que calculo em 40 %.

Si a frequencia é tão grande, claro está que em outros gabinetes e outros paizes devem ter suscitado attenção dos observadores. A questão é, porém, que em rubricas outras têm sido catalogados. Alguns recebem a diagnóse de hysteria; outros simplesmente, de neurasthenia; outros, de psychasthenia; outros de nevrose de angustia; outros, de melancolia; outros de degeneração psychica e, finalmente, outros, de cenesthopathia.

Analysando cada qual dos doentes, ver-se-ha que o quadro clinico se não compadece bem exactamente com os moldes dos grupos morbidos citados.

Babinski, que foi o pregoeiro das idéas modernas sobre a *hysteria,* que têm tido sancção geral, definiu-a do seguinte modo: a hysteria é um estado psychico que torna o individuo que nelle se acha, capaz de auto-suggestionar-se, manifestando-se principalmente por perturbações primitivas e, accessoriamente, por algumas perturbações secundarias; o que caracterisa as perturbações primitivas, e que se póde reproduzil-as pela suggestão com uma precisão rigorosa em certos individuos e fazel-as desapparecer pela influencia exclusiva de persuasão; o que caracterisa as perturbações secundarias, é que se acham ellas estreitamente subordinadas ás primitivas.

O verdadeiro doente de nervosismo não tem as suas manifestações clinicas criadas pela suggestão e não podem ser ellas removidas pela influencia exclusiva da persuasão.

Aquelle em que tal occorra, será puramente um hysterico. Já se verifica ahi um elemento importante de differenciação e delimitação exactas.

Muito frequentemente apregoam elles a sua rubrica estabelecida por outros medicos — *neurasthenia.*

Ha a meditar no que concerne a este ponto.

Acredito que a neurasthenia se possa bipartir nos grupos psychasthenia e nervosismo. Na conferencia que fiz na Sociedade de Neurologia de Paris, em 2 de Abril de 1936, em Missão do Instituto Franco-Brasileiro de Alta Cultura, explanei detidamente o assumpto.

Quer isto dizer que aquelle que tiver nervosismo, será neurasthenico, mas será um feitio particular deste, uma ramificação da neurasthenia.

O titulo neurasthenia propriamente dita não abrange completamente os predicados da fórma clinica que estou descrevendo. Tem seus symptomas proprios que no ner-

vosismo se sommam á ansiedade e multiplas perturbações da cenesthesia.

A cephaléa, a rachialgia, a asthenia neuro-muscular, a dyspepsia por atonia gastro-intestinal, a insomnia e a depressão mental com estado psychico particular — são, desde o tempo de Charcot, os elementos fundamentaes, os estigmas da neurasthenia.

No typo clinico em analyse póde haver tudo isto, mas ha sempre mais auguma cousa.

Eis o essencial na caracterisação.

No trabalho de Raymond e Janet, sobre *obsessões* e *psychasthenia,* vê-se que elle enfeixa num mesmo grupo as obsessões, impulsos, manias mentaes, loucura da duvida, tiques, agitações forçadas, phobias, delirio do tocar, angustia, neurasthenia, sentimento exquisito de perda da personalidade e de se achar differente do que era. Nesta avalanche de cousas que as idéas modernas não permittem abranger nos limites da psychasthenia que de tal fórma se dilatariam em demasia, vê-se que está englobado o nervosismo.

As obsessões, os impulsos e as phobias constituem essencialmente, a meu ver, a psychasthenia, ao passo que as multiplas perturbações da cenesthesia, com ansiedade, representam o fundamento do nervosismo.

Alguns outros casos que Janet engloba na psychasthenia, cabem hoje melhor na eschizophrenia, psychose maniaco-depressiva e estados atypicos de degeneração. Freud descreveu um typo clinico: a *neuróse de angustia,* sempre dependente de uma perturbação na esphera sexual, que abrange casos dos aqui referidos, mas que no rigor do conceito os não póde abranger todos.

Quem attentar bem nelles, perceberá que a diagnose de *melancolia* abrange cousa muito differente. Ramo da psychose maniaco-depressiva, tem como predicados essenciaes humor tristonho, demora na associação de idéas e difficuldade na prompta reacção motora.

Capitulal-os vagamente *degeneração psychica,* seria dispersal-os em ambito que não privativo delles.

Da mesma fórma, a designação "debilidade nervosa", criada pelo eminente Professor Austregesilo, que parece corresponder á meiopragia nervosa é mais ampla e comprehende tambem epilepticos, hystericos etc.

A questão da *cenestopathia* de Dupré é muito mais importante e digna de toda consideração.

Dupré e Camus publicaram no "Encéphale", de 1907, um bem elaborado artigo, em que analysam detidamente esses doentes da cenesthesia.

Definem elles as cenesthopathias como alterações da sensibilidade commum ou interna, isto é, como disturbios das sensações que chegam incessantemente de todas as partes do corpo ao cerebro e que no estado normal não despertam a nossa attenção por um caracter qualquer particular, quer na sua intensidade, quer na sua modalidade.

Em communicação feita em 1906 elles entendiam as cenesthopathias como syndromos que se viam na paranoia, melancolia, hysteria, neurasthenia, mas em 1907 já as consideravam como uma phase, um feitio de neurasthenia.

Dizem elles que as perturbações da cenesthesia podem assestar-se nas espheras cephalica, cervical, bucco-pharyngéa, thoraxica, abdominal, meralgica, hemiplegica, cutanea, etc. Dahi se derivam outras tantas variedades das cenesthopathias.

Numa primeira observação descrevem bem um caso com afflicção na cabeça; em outras varias nada havia referente a esta.

Frisam elles que as perturbações são sempre incommodas, penosas, afflictivas e não acarretam dor. Serve isto para differenciação com os hystero-neurasthenicos em que o elemento dôr predomina, havendo algias, as zonas cutaneas de Head.

Os doentes não deliram. Não são hypocondriacos, não têm o egocentrismo meditativo destes.

As alterações do humor, as interpretações são sempre secundarias aos disturbios da cenesthesia.

São essencialmente desequilibrados da sensibilidade.

Os doentes da neuróse de angustia e os cenesthopathas são typos morbidos que enquadro no nervosismo. São elementos de um todo e si me quizesse utilizar de uma expressão um tanto figurada, diria que a somma dos predicados de ambos daria um modelo deste. Nelle ha sempre ansiedade como na neuróse de angustia e disturbios multiplos da cenestesia como nas cenesthopathias. A sensibilidade interna se altera e o cerebro se resente com isto.

Freud dá como symptomas de *neurose de angustia* os seguintes: irritabilidade, ansiedade, expectativa ansiosa, manifestações somaticas equivalentes a atques de ansiedade

crises de terror nocturno, vertigens, phobias referentes á locomoção e perturbações funccionaes, nauseas e disturbios digestivos diversos e paresthesias. Vê-se, pois, que ha nelle maior preoccupação em analysar o phenomeno intra-psychico, do que nos estudos de Dupré e Camus, em que a parte extra-psychica é esmerilhada com detalhes mais perfeitos. Da interpretação demorada de ambos e da observação meticulosa de uma serie de doentes deduzi a necessidade de fundamentar um grupo clinico de neurasthenicos que capitulo: *nervosismo*. Löwenfeld, em excellente artigo sobre nervosidade do trabalho de Bum e Schnirer, é quem faz, a meu ver, uma synthese mais exacta dos doentes que venho analysando. Diz elle que tudo depende de uma fraqueza irritavel do systema nervoso, havendo como base etiologica uma constituição nevropathica ou nervosa.

Diz elle que neste caso, embora haja, ás vezes, um aspecto de saude florescente, ha uma sensibilidade exaggerada aos estimulos exteriores e ás excitações psychicas.

Despertam elles com facilidade sensação desagradaveis e mesmo dolorosas, com intensa reacção motora, vaso-motora ou secretora. Aquillo que em outros não provoca desmaios, dôr de cabeça e palpitações, nelles as suscita. A hyperexcitabilidade é, porém, ahi, acompanhada de fraqueza e facil exhaustão das partes centraes do systema nervoso. Meynert acreditava que tudo derivasse de uma diminuição da intervenção da corticalidade cerebral.

Lechner explica os phenomenos da fraqueza irritavel como effeito de uma dissociação entre a excitabilidade muscular e a nervosa, achando-se muito augmentada a primeira e enfraquecida a segunda.

Löwenfeld diz que a nervosidade hereditaria corresponde, em parte, aos enfraquecimentos psychopathicos de Kock, em parte, ao desequilibrio mental dos auctores francezes; em parte porque o quadro clinico é mais complexo e ás vezes a degeneração hereditaria é pesada e a nervosidade não existe.

Da synthese aqui exposta, deduz-se bem que o auctor porfia em dar uma interpretação dos phenomenos morbidos que chamam a attenção pelo contraste entre a excitabilidade e a grande fraqueza nervosa, haja ou não accentuada degeneração hereditaria, o facto é que se associam dous elementos que parecem antagonicos.

O individuo de constituição nevropathica, meiopragico do systema nervoso, exgotta-se com uma facilidade extraor-

dinaria. Si ha a vulneração repetida de abalos moraes, si occorrer uma toxi-infecção qualquer a envenenar lentamente o organismo, é o systema nervoso que mais se resente nelle.

E' o ponto de menor resistencia, é o mais susceptivel de se enfraquecer. Si a quantidade de alimento para a cellula nervosa escassêa, si o producto que se lhe envia, é toxico, o effeito será sempre a reducção do material nutritivo, a desnutrição.

O elemento nervoso mal nutrido fica, na expressão popular, com fome, e da fome dos nervos decorre, antes da morte, a reacção. A cellula faminta vibra no afan de se retemperar em alimento sadio e abundante.

O organismo todo se resente com a fome dos nervos e a excitabilidade é a demonstração do mal estar, em que se encontra.

A *fraqueza irritavel* é, portanto, baseada no primeiro gráo de uma desnutrição; si esta progredir, abandonada a si mesmo, claro está que a morte cellular póde advir.

Em todos os casos de nervosismo ha desnutrição nervosa. Em todos elles o alimento chega escasso ou viciado ou a desassimilação é maior que a assimilação, resultando disso usura neurica.

O elemento nervoso esforça-se ainda por trabalhar, mas se fadiga, fica esfalfado. Ha exgottamento nervoso.

E comprehende-se bem que neste caso elle possa occorrer depois de hemorrhagias copiosas, de infecções graves, de intoxicações agudas ou chronicas, assim como após abalos moraes que perturbam a normalidade da nutrição do systema nervoso, exhaurindo-o rapidamente.

Assim, ha muitas vezes na genesis do nervosismo, a constatação da syphilis, da tuberculose, da enterocolite muco-membranosa, da sub-uremia, do tabagismo, do alcoolismo, de hemorrhagias post-partum, de lucta afanosa numa vida cheia de tropeços e difficuldades, etc.

São factores diversos que levam ao mesmo fim. A fraqueza irritavel é o testemunho de uma lucta instinctiva pela vida. A cellula nervosa exgottada não quer morrer e vibra, luctando, a despertar a attenção de quem a possúe para que a deixe repousar e lhe dê alimento. E' um episodio natural da vida biologica. E é preciso meditar e prestar attenção a esta interpretação, a não agir intempestiva e erroneamente, buscando curar o mal como muitas ve-

zes tenho visto, administrando dóses repetidas de estrychnina que ainda excite mais o que já vive excitado.

Si o nervosismo é um ramo da neurasthenia, comprehende-se bem que as doutrinas pathogenicas que têm sido invocadas para explicar a neurasthenia, a elle se appliquem.

Já em tempos idos, Galeno explicava o nervosismo como effeito sobre o cerebro da atrabile, fabricada pelo figado, estomago e intestinos.

Leven diz que ha uma acção irritavel reciproca entre o cerebro, ganglio semi-lunar e plexo solar. Beau invoca a dyspepsia como causa da desnutrição. Bouchard acredita numa auto-intoxicação por estase gastrica. Raymond e Janet dizem ser causa antes de tudo a predisposição hereditaria.

Huchard prega que tudo deriva da intoxicação. Robin, Allen Star e Hayem dão tambem grande valor á intoxicação.

Beard explica tudo por uma falta de equilibrio entre a usura das cellulas nervosas e a sua restauração nutritiva.

Bouveret diz que ha sempre uma insufficiencia da acção inhibitoria dos centros cerebraes sobre os espinaes. Kowalewsky analysa as cellulas ganglionares e diz que ha nellas um estado de inanição ou de auto-intoxicação. No que concerne á nevrose de angustia que corresponde, em parte, ao que denomino nervosismo, ha a hypothese de Roller, de uma perturbação funccional da medulla alongada; a de Luys, de ischemia cerebral; a de Hatschek, de excitabilidade especial dos centros espinaes, sub-corticaes e sympathicos; a de Oppenheim, de excitabilidade exaggerada dos centros nervosos vaso-motores, secretores e visceraes; a de Krafft-Ebing, de constricção vascular consequente á hyperexcitabilidade dos nervos vaso-motores do coração; a de Ball, de impulsos reflexos que surgem nos orgãos internos e seguem o trajecto do sympathico; e a de Meynert, de uma vaso-constricção cerebral consequente á excictação dos centros vaso-motores corticaes.

Freud acredita que tudo deriva de relações sexuaes incompletas.

Dejerine dá um valor enorme na genesis da neurasthenia á emoção e Morel fixou a séde da emotividade no grande sympathico, sendo que Dejerine frisa bem que o systema nervoso resistiria bastante, si não fôra a preoccupação.

A proposito de uma observação de cenesthopathia com localisação cephalica, apresentada por Paul Camus e Charles Blondel na sessão da Sociedade de Psychiatria de 27 de Maio de 1909, Raymond lembrou o caso do operado na Salpêtriére, em que se amputaram dedos da mão, punho, ante-braço, braço e, finalmente, espadua e raizes posteriores, em consequencia de perturbações cenesthesicas, tendo sido tudo em pura perda, pois o mal tinha séde no cerebro. Dupré diz que nas cenesthopathias ha tambem um estado anormal das regiões sensitivas da côdea cerebral.

No "Paris Médical" de 28 de Junho de 1924, o Prof. Laignel-Lavastine escreveu um excellente artigo, em que descreve um typo vagotonico e um sympathicotonico, nos quaes ha accentuados disturbios da cenesthesia.

O typo vagotonico é representado por um individuo emmagrecido, muito pallido que vive a se queixar do estomago, do intestino, do coração, a par de uma fraqueza enorme.

Muitas vezes se vêm manchas vermelhas ao nivel dos braços e tronco.

Queixam-se de transpirar com facilidade e de ter sempre as mãos muito frias e cyanosadas.

No falar executam repetidamente movimentos de deglutição, cresce a saliva que com o ar é constantemente engulida.

Sentem o nariz entupido, respiram com a bocca aberta, apresentam o quadro clinico dos adenoidianos Ha uma sensação de pressão atraz do sternum.

Ha, ás vezes, desdobramento da segunda bulha no fóco pulmonar. Não raro sente o doente como si o coração fôra parar. Em alguns casos ha uma sensação de onda que do pescoço se propaga para a cabeça.

A ingestão de um pouco de agua de Seltz basta, ás vezes, para desencadear arythmia.

As ptoses (enteroptose, rim movel, etc.) são frequentes. Ha arrôtos acidos, pyróse, abaúlamento do estomago. As urinas, ricas em acido oxalico e phosphatos basicos, não escorrem com facilidade e consubstanciam o apparecimento de dôres.

O exame de sangue revela eosinophilia.

O reflexo oculo-cardiaco ou de Aschner é positivo.

Ha nelles antes hyperexcitabilidade do vago do que augmento do seu tonus.

O typo sympathicotonico ou vaso-motor tem um estado psychico que se traduz por uma timidez exaggerada, hyperemotividade, instabilidade psychica e inquietação interior. Treme com facilidade, é suggestionavel e se mostra inclinado a actos impulsivos.

Ha uma tumefacção ligeira e diffusa da thyreoide.

Ha grande erethismo cardio-vascular. São communs palpitações e angustia precordial, batimentos violentos no peito e na cabeça, havendo ondas de calor e vermelhidão para o lado do rosto.

São foreiras crises diarrhéicas ou mais rigorosamente reacções cólicas e polyuria com pollakiuria.

Uma infecção mesmo ligeira acarreta enorme tachycardia. Ha uma miniatura de basedowismo.

Ha a hyperemotividade de Dupré, com hyperthyreoidia, ha hyperexcitabilidade do orthosympathico.

Modernamente se vem apurando que, ao contrario do que preceituava a theoria inicial de Eppinger e Hess, não ha uma opposição formal ao typo vagotonico.

Fleischmann foi quem primeiro formulou reservas formaes no que concerne á separação absoluta dos dois typos clinicos.

Pötzl, Falta, Newburg, Nobel e Kahn)apresentaram casos, em que o doente ora apresentaria vagatonismo, ora sympathicotonismo.

Pétren e Thorling descreveram casos em que havia reacção exaggerada, quer á pilocarpina, quer á atropina.

Brüning (Klin. Wochenschrift, 1923, n. 17), conseguiu demonstrar que os accessos de angina do peito vaso-motora com angiospasmo e hypertensão podem ser duradouramente eliminados com a extirpação dos ganglios cervicaes do sympathico, inclusive o granglio estrellado. Eppinger e Hofer communicaram no ultimo Congresso de Medicina Interna de Vienna que conseguiram o mesmo resultado, com a resecção do nervo depressor que depende do vago.

Conseguir-se-hia, portanto, o mesmo effeito, na mesma doença, com a resecção de dous nervos que até aqui eram considerados antagonistas.

Brüning explica o facto do seguinte modo: o nervo depressor, si bem que provenha do vago, não é muito provavelmente um nervo parasympathico, é antes sympathico. Ha anastomóses de valor e extensas entre o ganglio nodoso do vago e o ganglio cervical superior do sympathico. Fi-

bras numerosas, provenientes originariamente do sympathico, decorrem atravez das referidas anastomóses para o vago e o abandonam na qualidade de ramos apparentes delle.

Kúmmel, em seus estudos anatomicos, comprovou que no vago ha numerosas fibras do sympathico e que na realidade não formam elles dous systemas nitidamente separados. Parece-lhe impossivel praticar um córte isolado e completo do tronco do sympathico, sem que ao mesmo tempo se cortem ramificações do vago.

Si de tudo isto se póde deduzir que não pódem ser bem rigorosamente separados os dous typos clinicos vagotonico e sympathicotonico, ha no entanto, em cada caso um certo predominio de um dado feitio clinico e nelle se salientam predicados que se encontram no nervosismo.

Moutier diz muito bem que si os syndromos vagotonicos são muitas vezes acompanhados de dôres, os sympathicotonicos se salientam pela existencia do máu estar. Ansiedade com disturbios outros da cenesthesia é aquillo que se vê no doente de nervosismo. E' tambem aquillo que se vê nesses casos. em que não raro se encontra uma fraqueza irritavel e toxica do systema nervoso.

A pathologia do sympathico representa um papel importantissimo na explicação do nervosismo e na descripção do complexo symptomatico irei procurando dar as relações de causa a effeito.

A symptomatologia é rica e variada, sendo essencialmente caracteristicas a ansiedade e as perturbações multifarias da cenesthesia.

O nervosismo representa uma modalidade da neurasthenia e é por isso natural que se busquem nelle os symptomas capitaes desta.

Os estigmas da neurasthenia, no dizer classico de Charcot, que são a cephaléa, rachialgia, a asthenia neuro-muscular, a dyspepsia por atonia gastro-intestinal, a insomnia e a depressão cerebral, se podem verificar, em maior ou menor escala, no nervosismo.

Podem existir junctos ou destacados, mas o que é caracteristico, é que tomam um feitio especial ou a este se junctaram elementos outros que frisam a modalidade particular.

No nervosismo ha menor dôr que afflição e quando se interroga o doente a respeito de cephaléa, muitas vezes

explica elle bem que não ha propriamente dôr e sim uma afflicção extraordinaria na cabeça.

A *ansiedade* de que a miude se queixam, depende de uma perturbação profunda da cenesthesia. Esta se fórma á custa das sensações que de todas as partes do corpo emanam e nos dão o conceito da existencia delle.

Quando a criança vai evolvendo e a sua personalidade se vai organisando, recebe ella varias impressões do meio, mas não consegue synthetisal-as e destacal-as do proprio eu. Pouco a pouco vai esmerilhando e verifica que aquillo tudo vai agir sobre a sua propria pessoa. E' quando começa a dizer eu e constata que ella representa alguma cousa no meio que a circumda.

Destaca-se no meio, recebe suas impressões, analysa-as e reage contra ellas.

A personalidade, com o decorrer dos annos, se vai expandindo e caracterisando.

A um systema nervoso bem nutrido e desenvolvido deve corresponder uma personalidade nitida e accentuada.

Si elle fica exgottado, si recebe nutrição mais escassa ou menos pura, póde a personalidade não chegar a se alterar, mas a synthese das sensações se perturba. Este disturbio não vai a ponto de se modificar o conceito do proprio eu, mas o individuo começa a ter a sensação de orgãos, de que se não apercebia, e a experimentar um mal estar que lhe demonstra que lhe falta alguma cousa. Schopenhauer dizia bem que a saúde dos orgãos se caracterisa pela negativa da existencia delles.

Assim é que os batimentos cardiacos não despertam a attenção de quem não tiver qualquer disturbio cardiaco. Actos conscientes no primeiro instante tornam-se, pela força da repetição, automaticos e inconscientes. Não sentimos o nosso coração a pulsar constantemente, até o momento em que um disturbio funccional nos chame a attenção para elle.

O rythmo organico, a synergia funccional se alteram e temos a noção sentida de que o nosso coração está doente. Póde ser uma cousa muito grave, póde ser uma cousa sem valia, mas o feitio é que a eurythmia se rompeu e a cenesthesia se modificou. Aquillo que se disse em relação ao orgão cardiaco, póde-se applicar a qualquer outro ponto da economia.

Póde occorrer que o disturbio se não localise tão nitidamente e neste caso parece ao doente que soffre um pouco

de tudo, que lhe falta alguma cousa, que a sua saúde não é perfeita. Ha uma agonia, um mal estar, que lhe demonstra haver alguma cousa differente do que outr'ora nelle se operava. E' o protesto instinctivo a uma falta, uma deficiencia nutritiva.

E' a ansiedade demonstração patente de um disturbio da cenesthesia.

A ansiedade é um phenomeno diffuso, generalisado que, no entanto, se póde localisar mais accentuadamente num dado orgão. O cerebro é o, em que mais intensamente se faz ella sentir. Frequentemente os doentes se referem a esta viscera, dizendo que a sentem môca, vasia, dormente, cheia de agua ou de vento, allegando, emfim, multifarias sensações.

A explicativa do feito deriva de uma ruptura da synthese sensorial. Si o individuo sente o cerebro, é porque ha nelle alguma cousa que não é normal. Quando ha dôr de cabeça, verifica-se excitação dos filetes nervosos da dura-mater. No caso vertente, porém, não ha propriamente dôr e sim uma sensação anomala, uma affligão. Os physiologistas demonstram que a dôr se produz quando um estimulo de intensidade excessiva actúa sobre orgãos dotados de sensibilidade geral ou sobre nervos a elles attinentes.

Si o estimulo age com intensidade menor, não chega a haver dor, mas ha o preludio, o limiar della, o mal estar. Assim, a paresthesia cerebral póde explicar-se por uma excitação menor que a determinante da dôr.

Quando ha uma excitabilidade do sympathico cervical, ha vaso-constricção cerebral.

E' tambem a excitação do sympathico que determina exopthtalmia, dilatação das pupillas, sensação de bocca secca e amarga, seccura na garganta, calafrios, suor frio e viscoso (suor sympathico), palpitações, elevação da pressão arterial, sensação de aperto no peito, inversão do reflexo oculo-cardiaco, etc.

A ansiedade do neurasthenico não é um simples producto da imaginação, tem um substractum organico e por este motivo é que sempre accentúo que a persuasão, por si só, nunca poderá curar o neurasthenico.

São conhecidas as relações estreitas que mantem com o cerebro a circulação das meningeas. As arterias cerebraes anterior, média e posterior desdobram-se em um numero avultado de ramusculos que se emmaranham uns

com os outros na côdea cerebral e se imbrincam com os da pia-mater. Desta vêm as arterias nutritivas do cerebro que nelle se embebem mais ou menos profundamente.

No que concerne a dura-mater, seus ramos arteriaes são fornecidos pelas meningéas anteriores, meningéa média, pequena meningéa, e meningéa posterior. Quasi todos estes vasos se ramificam na espessura desta meninge, havendo, no dizer de Key e Retzius, uma rêde em relação com a superficie externa e outra com a interna.

As veias que se espraiam em verdadeiros lagos de segurança, os lagos de derivação de Tillaux, vêm abrir-se abaixo no plexo venoso pterygoideu. Dos nervos ha na classificação de Alexander, os vasculares e os proprios da dura-mater. Aquelles se enroscam em torno dos vasos.

Tudo isto importa conhecer, porquanto é justamente neste dominio que a ansiedade cerebral se vai formar. Ha um exgottamento nervoso e as cellulas da região cortical começam a se nutrir menos. O centro sensorial na circumvolução parietal ascendente que recebe principalmente irrigação nutritiva da parietal ascendente e frontal interna e posterior, recebe tambem os ramos penetrantes da pia-mater. Si de qualquer das partes lhe vem sangue escasso ou mau, a cellula definha. Antes de morrer, defende-se. elimina os productos toxicos que se vão accumulando em seu seio, devora o seu material de reserva, até que este fique em quantidade muito escassa e o elemento máu se vá estagnando nella propria. A intoxicação cellular augmenta a intoxicação do organismo e no circulo vicioso que se fórma, se vai accentuando a decadencia da cellula nervosa. A irritação que nella se fórma, procura desabafar para cima e como o craneo é inexgotavel, é a dura-mater que vai soffrer a compressão. Sicard demonstrou que ha oscillações na tensão do liquido cephalo-racheano. Ha irritação dos filetes proprios e dos vasculares. A principio ha uma congestão a buscar supprir a desnutrição da cellula que vai cahindo; depois, ha a estase venosa, embaraço da circulação de retorno, e assim cerebro e meninges soffrem.

Em ponto grande, haveria edemacia, encephalo-meningite e phenomenos gravissimos.

Em ponto pequeno haverá embaraço circulatorio ligeiro, mas sufficiente para excitar os filetes nervosos da dura-mater e as expansões terminaes da circumvolução parietal ascendente.

E' esta a interpretação que dou ao disturbio psycho-sensorial no nervosismo. E é este o motivo, pelo qual, ás

vezes, o uso de uma pequena dóse de iodeto tão vantajosos resultados fornece a doentes meus. A perturbação da cenesthesia localisada no cerebro depende, pois, de dous factores: uma alteração nutritiva da cellula nervosa e um estorvo na circulação venosa. Não é um simples producto de imaginação, um effeito de auto-suggestão. E' o resultado de um disturbio funccional. Euziére e Margarot dizem que a sensação de vasio cerebral e a pallidez da face dependem de uma vaso-constricção dos vasos cephalicos, a qual se acha na dependencia do sympathico cervical.

Si a alteração da cenesthesia se localisa noutra viscera, o mesmo raciocinio se applica.

Assim os individuos que se queixam essencialmente de uma afflição no *estomago*, terão no caso de nervosismo um disturbio na innervação gastrica.

Ha então o nervosismo gastrico.

E' sabido que o estomago recebe filetes motores do pneumogastrico e inhibidores dos esplanchnicos, estendendo-se a origem destes da quinta á oitava vertebra thoraxica.

Flourens, Longet e Müller provaram que a irritação dos esplanchnicos acarreta dôr.

Demais, das experiencias de Eppinger e Hess sobre vagotonus e sympathicotonus, decorre que a excitação do sympathico determina dilatação pupillar, relaxamento da bexiga, dilatação do cardia, dilatação do estomago, acceleração do pulso, glysosuria e diminuição do acido chlohydrico.

Segue-se, pois, que no momento em que se dê uma irritação nos esplanchnicos, haverá dilatação gastrica e hypochlorydria. Laignel-Lavastine chama sympathoses os syndromos sympathicos generalisados, havendo no typo sympathico ou vaso-motor, accentuado estado de nervosismo.

Os esplanchnicos vão confluir na reborda externa do ganglio celiaco e d'ahi se origina o emmaranhado de fibras que constituem o plexo solar.

Todas as vezes, em que se dér uma alteração nutritiva do plexo solar, haverá uma alteração sensorial no estomago e dyspepsia por estase gastrica. No typo normal isto não acarretará ansiedade; no meiopargico do systema nervoso, haverá uma sensação de enorme máu estar. Naturalmente o doente fica impressionado com o soffrimento e, numa expressão figurada, mergulha o cerebro no estomago,

esmerilha tudo e interpretá pejorativamente. Póde ahi a auto-suggestão intervir e exaggerar o mal, mas o que busco frisar bem, é que não foi ella a criadora de tudo.

E' um elemento de enfeite, não é a causa fundamental.

Outros doentes de nervosismo se queixam de uma afflicção no intestino, muito doloroso como si fôra uma peritonite. Frequentemente alternam diarrhéa e prisão de ventre; a digestão intestinal faz-se mal e é fonte de disturbios sensoriaes.

A's vezes, a simples pressão normal determina dôr.

Escrevi este anno um livro sobre *dyspepsia nervosa,* em que demonstro que ella nada mais é do que *nervosismo gastrico* e *nervosismo intestinal.*

Ha então *sensação de peso depois das refeições, vertigens, mal estar no estomago e no intestino, sensação de queimadura que vai á garganta, arrôtos repetidos, palpitações, alternativas de diarrhéa e prisão de ventre, dôres no estomago e no intestino, enjôo,* etc. Ha, no caso, tudo como effeito da neurasthenia sensorial e desequilibrio vago-sympathico.

E' facto positivo a grande correlação que existe entre as *colites* e o estado de *nervosismo.* 75 % dos coliticos são nervosos.

Na colite de fermentação é muito commum emotividade e angustia.

Na colite de putrefação o symptoma mais frequente é a asthenia physica e psychica, com o syndromo de auto-intoxicação.

Alfredo Taylor apresentou em Junho de 1920 um interessante trabalho sobre Neurasthenia abdominal, em que dá grande significação á perda das actividades muscular e chimica do apparelho digestivo.

Ha o *nervosismo intestinal,* em que sentem o intestino metereorisado.

Craëmer, no "Münchener Med. Woch.", de 29 de Fevereiro de 1924, escreveu um excellente artigo, em que diz que os symptomas da *dyspepsia nervosa* são produzidos por alguns disturbios do *intestino* (dyspepsia intestinal flatulenta) e que elles desapparecem, regulando a actividade do intestino e modificando a producção de gazes.

No apparecimento de disturbios digestivos nervosos parece ter grande importancia o systema nervoso vegetativo. Consignou o facto digno de nota de haver no systema nervoso esplanchnico uma sensibilidade electiva deante da nicotina. Vê-se, pois, o mal que o fumo póde causar.

Não se conhece, porém, até que ponto, possam outros venenos prejudicar a funcção do sympathico e si estes toxicos são representados por venenos intestinaes ou por material nutritivo não sufficientemente elaborado ou ainda por toxinas bacterianas e perturbações das secreções internas..

Observou elle o apparecimento de dôres de estomago muito fortes, durante a noite, em quem muito fuma e crises gastralgicas durante o dia em quem bebe muito chá.

Não se deve, porém, estar procurando interpretar tudo como effeito de nervosismo, e sim buscar esmerilhar sempre o que possa depender de qualquer lesão organica. Quando uma hyperchlorhydria já existe, ha um anno, com dores muito fortes, deve-se pensar em ulcera.

Os doentes de *gastro-neuróse* e *entero-neuróse*, capitulo vastissimo que vai abrangendo quasi todas as doenças do estomago e intestino, são, positivamente, quasi todos, exgottados do systema nervoso.

Em alguns casos, a aerophagia, a deglutição incessante de ar, representa a origem de tudo. Enche então o doente seu estomago e intestino de ar e começa a sentir uma affliçáo enorme que o não deixa respirar, que lhe acarreta palpitações, que nelle provoca dôres.

Crile chama bem a attenção para que a distensão do intestino provoca muita dôr, ao passo que o córte ou a queimadura delle tal não suscitam. Behan diz que não existe dôr no parenchyma, pelo facto de não haver nervos sensoriaes bem na intimidade delle. O estimulo apropriado para a producção de qualquer dôr é a distensão, não só do mesentherio como da capsula do orgão, ou a tracção da parede abdominal.

Em muitos outros, porém, tudo é effeito do exgottamento nervoso do plexo solar que dá origem ao plexo mesentherico superior que na espessura das paredes do intestino se desdobra nos de Auerbach e Meissner.

Em outros casos, a afflição se faz sentir essencialmente no *coração*. Ha, então, o *nervosismo cardiaco*. Póde haver uma excitabilidade do sympathico e o coração começa a bater apressadamente, dando ao individuo grande mal estar e receio de ter qualquer cousa grave no orgão central da circulação. Outras vezes, pelo contrario, ha vagotonia, o coração fica muito vagaroso e surge o medo de que elle pare. Muitas vezes ha extra-systoles, falsos passos do coração que tambem muito affligem o doente.

Coincide, frequentemente, a psychasthenia que se traduz pela *cardio-pathophobia*.

Crises de *hypertensão arterial* podem depender do nervosismo cardiaco occorrendo depois de um abalo emotivo, havendo sympathicotonia.

Misch assignalou que nos estados de *angustia* ha uma doença somatica com excitação do sympathico.

A *ansiedade* é um phenomeno sympathico cortical, ao passo que a *angustia* representa um phenomeno bulbar.

As excitações periphericas, angogenicas ao nivel do bulbo, subindo á cortiça cerebral, geram a ansiedade.

A ansiedade é um syndromo organo-psychico, em que ha disturbios de innervação vago-sympathica, alterações do endocrinismo, a par de preoccupações moraes de caracter deprimente.

Um individuo afflicto, desnutrido, póde entrar em *acidóse* e esta géra a ansiedade. Ha, por outro lado, uma *alcalóse* de angustia.

E' a angustia precordial, são as palpitações, é a sensação de enchimento no hemithorax esquerdo, culminando esta no orgão cardiaco. Ausculta-se e nada se encontra, mas o doente insiste em localisar ahi seu mal.

Si um individuo tem um disturbio da cenesthesia cardiaca, é que ha uma alteração qualquer ou na esphera do pneumogastrico, ou na do grande sympathico, que innervam o coração.

Langendorf demonstrou que as arterias cardiacas recebem fibras vaso-dilatadoras do sympathico, sendo as vaso-constrictoras fornecidas pelo vago. Os batimentos cardiacos diminuem pela excitação do vago e augmentam pela do sympathico.

O impulso contractil vem dos nodulos de Keith e Flach, pelo feixe de Thorel, até o nodulo de Tawara e feixe de His, com suas ramificações. O rythmo se altera por um disturbio neste trajecto.

Basta que haja desnutrição ou intoxicação em qualquer destes filetes nervosos, para que a eurythmia cardiaca se resinta.

Ha uma *neurasthenia cardiaca*, que Eppinger e Hess dizem depender de uma vagotonia constitucional. As palpitações, a elevação de pressão arterial, o mal estar precordial, a sensação de constricção thoraxica são a consequencia de uma preponderancia accentuada do sympathico cardiaco sobre o vago, segundo explicam Euzière e

Margarot que encontraram o reflexo oculo-cardiaco invertido.

Rosenbach e Lehr dizem que na fraqueza cardiaca nervosa ha sempre um primeiro periodo de hyperexcitabilidade e hyperesthesia. E' esta hypersensibilidade cardiaca que faz com que o doente se aperceba de um orgão que caladamente deve pulsar a vida toda.

Outros se queixam de uma afflicção para o lado do pulmão, de enorme difficuldade na respiração.

A innervação das vias respiratorias depende do vago que fornece fibras motoras aos musculos dos bronchios e aos da fenda glottica.

Uma excitação forte póde acarretar a asthma, por um espasmo dos bronchios, e o espasmo laryngêu.

Frank acredita que haja vaso-constrictores no pulmão que se constituam pelo sympathico. Os vaso-dilatores dependeriam do pneumogastrico.

A sensação de aperto é menor que a da propria asthma, mas póde depender da mesma causa e esta póde provir do exgottamento nervoso.

Assim se poderia proseguir na analyse de qualquer dos disturbios da cenesthesia e sempre se encontraria a razão de ser no exame do funccionamento nervoso. Depois vem a preoccupação, a suggestão a incrementar o mal, mas no nervosismo não foi ella a origem de tudo, não foi ella que criou a doença.

J. Grasset, em trabalho publicado em 1912, divide as perturbações da cenesthesia nas seguintes classes: hypercenesthesia e nevropathia psycho-esplanchnica, allucinações e illusões cenesthesicas, hypocondria e phenomenos autoscopicos, descontentamento e sentimento exaggerado do eu physico.

Na *nevropathia psycho-esplanchnica* ou *cerebro visceral* engloba elle a hypercenesthesia, a obsessão pelas sensações cenesthesicas, exaggero da cenesthesia por esta obsessão, dominio phobico e doenças correspondentes.

No caso de nevropathia completa ha os elementos circulatorio, respiratorio e digestivo. Por este motivo admitte elle as fórmas *circulatoria, respiratoria e digestiva.* A localização é toda no dominio do vago-sympathico.

Como symptomas apregôa elle as palpitações, os batimentos dos vasos, as pertubações thermicas, as lipothymias, as vertigens, a tachycardia, a atonia gastro-intestinal, colite

muco-membranosa, constipação, dyspnéa, necessidade de respirar voluntaria e profundamente, etc. São timoratas da saúde. Ha em qualquer delles a auto-analyse, a autoscopia interna.

Outra modalidade de nervosismo, é a *sexual*. Ha então disturbios da cenesthesia que se localisam para o lado da esphera sexual. A's vezes, o doente sente o membro viril frio, dormente, enrugado, com a sensação de um liquido gelatinoso a escorrer que não existe, com o testiculo diminuido, amollecido, etc.

Isto tudo dá a impressão de impotencia e corre o individuo os escriptorios dos especialistas, na ansia de curar um mal que não se encontra. O nervosismo sexual tambem se observa muitas vezes nas mulheres, particularmente quando, com o objectivo de evitar a fecundação, praticam o coito interrompido.

A's vezes, o uso demorado de extractos de ovario determina aphrodisia e a doente excitada, receiosa por um vexame natural de dizer o que sente, desabafa no nervosismo, muito afflicta, vertiginosa, irritadiça.

No periodo da menopausa, principalmente na epocha em que as regras deveriam vir, ha crises de accentuado nervosismo.

No *nervosismo sexual* occorem tambem frequentemente *estalidos na cabeça, dormencia, vasio, peso* ou *latejamento nella, formigamentos em pontos diversos do corpo, tontura, dôr no coração, palpitações, enjôo, aperto no estomago, colicas intestinaes, etc.*

As vezes, ha na realidade um disturbio organico para o lado da esphera sexual como, por exemplo, a gono-blenorrhagia e então ha disturbios da cenesthesia e o nervosismo se desencadêa.

O talentoso Prof. Dr. Americo Valerio que com muita competencia vem estudando as perturbações nervosas nos disturbios sexuaes, escreveu na Folha Medica de 25 de Novembro de 1935 um optimo artigo sobre syndromos sympathicos e parasympathicos na gono-blenorrhagia.

Mostrou que em 22 casos de syndromos sympathicos e parasympathicos, causados pelos estimulos anomalos do vago-sympathico, consequentes a fócos chronicos na prostata, nas vesiculas seminaes, nas empôlas deferenciaes, no verumontano, no utriculo prostatico, no utero, nos ovarios, nos trompas e glandulas annexas, as curas só se realisaram depois do emprego que fez de adrenalina ou atropina

Si Grasset não explica os phenomenos como o fiz, no entanto, vê-se bem que interpreta tudo por uma localização morbida no vago-sympathico, correspondendo a sua nevropathia cerebro vesceral ao nervosismo e á *excessiva fatigabilidade.*

São individuos que se cansam com uma facilidade extraordinaria, que vivem a se queixar de fadiga, embora, ás vezes, nada tenham feito para tal. Qualquer esforço torna-os exhaustos. Parece-lhes que si repousassem ou dormitassem, tudo passaria, mas é pura illusão, pois como neurasthenicos que são, ao despertar, o cansaço já é enorme, pelo accumulo de toxinas durante a noite. Sentem como si vivessem de uma doença longa e grave. E' um cansaço incommodo.

Ha um *exaggero de emotividade.* As sensações internas se fazem caracterizar por uma acuidade extrema.

Um nonada irrita-os. Uma simples admoestação, uma despretenciosa observação são motivos para que prorompam em prantos. Queixam-se de que os aborrecem, de que os não tomam a sério. Acreditam que o seu mal não seja bem interpretado. Pensam sempre que se não dê grande valor ao que julgam muito grave e desesperam-se no tornar comprehensiveis os detalhes dos seus soffrimentos. Tornam-se pessimistas em relação á possibilidade da cura. Tudo encaram por um prisma negro e mais de um me tem confessado que tendo tudo para ser feliz, ha uma nevoa de tristeza que torna negros os dias mais risonhos.

A *irritabilidade* é outro symptoma. Vivem sempre mal humorados, zangam-se por qualquer cousa. Dizem que tudo porfia em os contrariar e recebem com uma reacção aggressiva intempestiva as acções mais inoffensivas. A *auto-analyse,* symptoma de grande valor, é que cria as suggestões. O doente vive a se esmerilhar, a se engolphar na meticulosa observação de seus orgãos e funcções.

E' a autoscopia interna, como bem diz Grasset. A concentração constante da attenção num dado ponto permitte que se apprehendam melhor todos os seus detalhes, mas, por outro lado, esta actividade expectante acarreta muitas vezes uma verdadeira prepercepção, isto é, se reconhece completo um phenomeno que ainda se não ultimou. Impressionado, o doente de nervosismo dá a qualquer pequeno disturbio da cenesthesia uma importancia extraordinaria. Preoccupado, exaggera-o e o adultera. Si não prestasse demorada attenção á sua cenestopathia, si se distra-

hisse, naturalmente ella lhe não causaria grande móssa. E' bem conhecido o caso dos fakirs que, com a attenção intensamente fixada em cousas outras que não o seu corpo, permittem, sem pestanejar, que lhes transfixem o corpo. Igualmente os combatentes, no ardor da peleja, não percebem muitas vezes o golpe que os victimou. Vê-se, pois, que na intensidade com que se percebe uma sensação, inflúe muito a attenção que se lhe dê.

E' racional, pois, que no nervosismo o doente sinta demais e muitas vezes altere as sensações que experimenta.

Interpretando falsamente, algumas vezes, o que sente, cria pela *suggestão* phenomenos outros que lhe incrementam o padecer. Fundamenta ella tudo quanto o doente acredite faltar para o quadro morbido que idéou, e quanto maior fôr o conhecimento clinico do nervoso, mais complexo e grave se lhe antolhará o soffrimento. Outros symptomas ha que desempenham papel importante e são menos frequentes.

São elles a *vertigem,* a *insomnia,* o *tremor,* a *caimbra,* a *asthenopia neurasthenica,* a *frigidez sexual,* as *perturbações vaso-motoras e nevralgias.*

O diagnostico differencial já foi apresentado, em seus traços geraes, no inicio deste trabalho. Os leitores deste escripto não terão difficuldade em verificar a cada passo doentes de nervosismo. Basta que rememorem os symptomas que descrevi.

Resta-me dizer como trato estes doentes.

Si tudo depende de uma fraqueza irritavel, é claro que antes de tudo se faz mistér repouso.

O doente deve evitar todas as preoccupações moraes e alimentar-se bem.

Nunca deve dormir menos de oito horas e, caso possa, deve repousar numa cadeira de espaldar uma hora após cada refeição.

Regimens alimentares muito severos não convêm ao nervosismo, pois o doente póde enfastiar-se e antes de tudo convém nutril-o. No entanto, ha alguns alimentos que são preferiveis. Os legumes e os ovos fornecem grande quantidade de phosphoro ao cerebro e são, portanto, uteis.

No trabalho sobre oxalemia, Montassut e Delaville condemnam o chocolate que augmenta a sensação de fadiga.

Ao passo que a carne de vacca contém apenas 35 centigrammas de acido phosphorico, as sementes de ervilha, favas, trigo e centeio têm 1 gr., 45 %.

A carne é excitante cerebral e por isso se deve ser muitissimo parco no seu uso. Si se não póde prescindir totalmente della, pela carencia de bons legumes, convém utilisal-a só no almoço.

O leite é um bom alimento, salvo si o doente tiver grande flatulencia ou constipação após o seu uso. Ha no tocante a este ponto a questão da idiosyncrasia individual, pois ha individuos que se dão mal com o regimen lacteo, e naturalmente, nelles se não deve prescrevel-o.

As fructas, mórmente uvas, maçãs, cerejas, ameixas, laranjas e limas, devem ser aconselhadas. O doente deve procurar alimentar-se de tres em tres horas, sendo sempre o almoço mais copioso que o jantar.

Para que o doente não recuse o alimento, appellando para a falta de appetite, aconselho o uso de caldos de cereaes (cevada, trigo, milho branco, centeio e aveia) e de legumes (ervilhas, lentilhas, cenouras, batatas, etc.), em chicaras, como si fosse um remedio que devesse tomar.

Obtive geralmente optimo resultado com o uso de banhos mornos, de 32°, durante meia hora. As duchas mornas e as duchas escocezas, com transição lenta, representam recursos de grande valia.

Nunca se deve receitar estrychnina, nem tão pouco kola, para qualquer doente de nervosismo.

Qualquer injecção tonica em que haja estrychnina, deve ser condemnada.

Excita ella extraordinariamente a medulla e Bailly demonstrou que póde ser causa de zumbidos de ouvido, vertigens e insomnias, phenomenos que já são foreiros do nervosismo.

Em dóses de um a tres milligrammas, muito pequenas, por conseguinte, já exaggera as excitabilidades visual e auditiva. Excita e não nutre a cellula nervosa. Evidentemente, não póde curar o nervosismo e fal-o peiorar. Modernamente, Neuberger escreve tambem que nunca se deve dar estrychnina nestes casos.

Raymond Mallet, na Presse Médicale, de 19 de Maio de 1923, tambem a condemna formalmente.

A kola actúa pela cafeina que contém, e como é esta um excitante que nas crianças chega a provocar delirio e convulsões, não deve ser, outrosim, receitada.

O melhor tonico é o arsenico: E' o elemento nutritivo, por excellencia, da cellula nervosa. Isnard apregôa um

verdadeiro tonico dos nervos e Cantani declara-o o melhor remedio que conhece, nos casos de hypotrophia do systema nervoso, na degeneração incipiente das fibras nervosas, no torpor nutritivo e no exgottamento funccional dos centros nervosos. E' o melhor alimento de poupança para a cellula neurica. Isnard indica-o particularmente no erethismo nervoso que elle chama nervosismo.

Pouco a pouco, o seu uso vai substituindo o phosphoro das lecithinas da substancia nervosa.

Os preparados arsenicaes de que me sirvo, são o licor de Fowler, na dóse de quatro gottas, augmentando todos os dias, até chegar a vinte gottas diarias e depois diminuindo uma gotta cada dia, até voltar a quatro, quando haverá repouso de dez dias; o arseniato de sodio, na dóse de dous milligrammas cada dia, durante vinte dias de cada mez, e, finalmente, o iodeto de arsenico na dóse de cinco milligrammas cada dia.

O phosphoro representa um bom remedio.

Crocq aconselha muito o phosphato de sodio como tonico do systema nervoso e com o objectivo particular de evitar a irritabilidade nervosa.

Os hypophosphitos de sodio e de calcio, aquelles na dóse de 50 centigrs. diarios e estes no de 30, são igualmente vantajosos. O acido phosphorico medicinal, na dóse de 1g.50 a 5grs. cada dia, é igualmente empregado por mim, com vantagens. A opotherapia, representada pela lipo-cerebrina Chevretin, cerebrina de Poehl, orchitina, sequardina, constitúem recursos de que não dispenso varios doentes meus.

Igualmente aconselho pilulas de lecithina, na dóse de 20 centigrs.

Ao mesmo tempo que busco nutrir o systema nervoso, dando-lhe arsenico ou phosphoro, corrijo a excitabilidade, dando preparados de valeriana, meimendro, Cannabis Indica, Datura Stramonium, mulungú ou simulo.

Não se deve dar chloral, nem tão pouco brometo em dóse alta. Em qualquer dos casos deprime-se o que já vem abatido.

Em Outubro de 1934, Desruelles, Léculier e Gardieu preconisaram injecções de vagotonina, como optimo remedio na cura da ansiedade. Si houver excitabilidade do sympathico, convém dar ergotamina, quinina, quinidina, trinitrina, nitrito de amyla, lymphoganglina, etc.; si houver excitação do vago, atropina, escopolamina, hyosciamina, lobellina, etc.

Os outros preparados, a que me referi, actúam como anti-espasmodicos, sedativos, que não deprimem. O valerianato de zinco, na dóse de 40 centigrs. diarios, a conhecida solução de valerianato de ammoneo do Codex, o pó de meimendro, 40 centigrs. cada dia, a Cannabis Indica, sob a forma de extracto gorduroso na dósagem de 5 centigrs. diarios, o pó de Datura Stramonium, no maximo de 80 centigrs., o brometo de camphora, de 20 centigrs. a 1 gr., e os extractos fluidos de simulo ou de Leptolobium elegans, 5 a 20 gr. cada dia, são recursos que acarretam valiosos resultados. Tinel, em 16 de Outubro de 1924, aconselhou como excellente recurso para remover o estado de ansiedade tão frequente nos doentes de nervosismo, o uso do extracto hypophysario. O facto seria particularmente observavel na ansiedade sympathicotonica, acompanhada de todas as reacções caracteristicas da emoção, ao passo que na ansiedade vagotonica, com reflexo oculo-cardiaco muito accentuado, a adrenalina daria melhor resultado.

François Moutier, no Paris Médical de 3 de Dezembro de 1921, aconselha a eserina como o medicamento especifico da sympathicotonia, enquanto que a atropina o é da vagotonia.

Emprega preferentemente o salicylato de eserina, sob a fórmula de granulos dosados a 1/4 de milligramma, de que se póde fazer uso de quatro por dia, ou uma fórmula:

Salicylato neutro de eserina	1 centigr.
Glycerina a 28°	3 cc^3,5
Agua distillada	1 cc^3,5
Alcool a 95° q. s. para	10 cc^3

Tomar de 30 a 100 gottas nas 24 horas.

Costumo tambem receitar o pó de fava de Calabar, em pilulas ou capsulas, na dóse maxima de 20 ctgrs.

Tem elle como alcaloide a eserina e representa um dos melhores moderadores da sensibilidade reflexa. O nervoso que tem afflicções, lucra muito com elle. E' excellente para o máu estar e não para a dôr.

O luminal, em pequenas dóses, mormente associado ao Crataegus e Passiflora, é optimo remedio para a cura do nervosismo.

Ao doente de nervosismo tambem convém em muitos casos o uso da belladona, de que prefiro o extracto fluido de folhas, na dóse maxima de 10 centigrs. diarios.

O uso do opio, particularmente sob a fórma de heroina e dionina, póde ser muito proveitoso na ansiedade, mas é indispensavel que não haja qualquer resquicio de insufficiencia hepatica ou renal, caso em que sérios accidentes poderiam occorrer.

Entre as optimas observações que se encontram na excellente these do Dr. Eudoxio Infante Vieira, "Da ansiedade e da angustia", trabalho este que corresponde ao valor do Interno que foi um dos melhores da Clinica Psychiatrica, ha um caso muito interessante, em que as crises de ansiedade coincidiam com as de sub-uremia e em que o opio seria uma causa infallivel de morte.

A tintura de Veratrum viride, na dóse maxima de vinte gottas diarias, é particularmente util nos casos de ansiedade precordial.

Em qualquer caso não prescindo da psychotherapia. E' preciso sempre que o doente saia do gabinete medico na firme persuasão de que a cura lhe vai advir. Isto é meio caminho andado.

No entanto, acredito que o methodo de Dubais, por si só não baste para determinar a cura, a menos que se não trate em casa de saúde.

O medico demonstra ao doente que elle vai ficar bom, lê, a ratificar o que affirma, paginas admiraveis e persuasivas, mas logo que do doente se afaste, a sua influencia se vai quebrantando e com o menor disturbio da cenesthesia, reapparecem todos os phenomenos. Numa Casa de Saúde ha os substitutos do medico, pessoas igualmente preparadas, que não permittem esmaeça a persuasão. O doente sente-se influenciado a cada passo e comprehende-se bem que isto possa actuar como uma verdadeira nutrição psychica.

Apezar de tudo, porém, não se consegue ahi o mesmo brilhante effeito que na hysteria, em que a persuasão remove tudo. Bernheim frisa bem que a neurasthenia resiste ao simples tratamento pela persuasão, em consequencia de não ser uma doença da imaginação e depender de uma toxemia consequente a um disturbio na biochimica da nutrição ou no systema endocrinico.

Não se conseguirá persuadir o cerebro a se libertar de toxinas.

Paul Hartenberg diz que se não póde negar haver na neurasthenia um substracto organico e uma predisposição constitucional e que o tratamento deve consistir em re-

pouso e tonicos, visando-se corrigir a debilidade constitucional, as intoxicações e todas as causas de depressão e dando grande valor á psychotherapia.

Os recursos medicamentosos completam e supprem as insufficiencias de persuasão. Cabe ao criterio do medico dosar esta e aquelles. Num caso, é o raciocinio do doente que desperta a "vix medicatrix", que em ultima analyse vem sanar o mal, noutro, não cede elle quasi aos argumentos que se emittem, e a demonstração objectiva e palpavel dos effeitos do remedio accarreta a convicção que completa a cura.

Em qualquer hypothese é preciso agir demoradamente junto do doente. O Dr. Harrowkr ("Revista Espanola de Medicina y Cirugia", Nov. 1922) aconselha muito o tratamento opotherapico, particularmente com thyreoide, suprarenal, testiculo ou ovario. Williams, Carnot, etc.. curaram muito neurasthenico com adrenalina.

Arkenstedt obteve successo com thyreoide e admitte mesmo uma fórma thyreoidéa. O Dr. Harrowkr busca tambem remover as intoxicações alimentares, a prisão de ventre chronica com absorpção de substancias toxicas e os processos inflammatorios da prostata ou dos ovarios, a que dá grande valor.

O nervosismo é perfeitamente curavel, mas se não remove em poucos dias. O doente não padece porque esteja a phantasiar, ou se deleite em chamar a attenção sobre si mesmo.

Soffre realmente e os disturbios da cenesthesia que o abroquelam, podem ser exaggerados pela imaginação doentia, mas não são criados por ella.

Na Academia Nacional de Medicina em suas sessões de 28 de Agosto e 11 de Setembro de 1924, fiz conferencias a respeito de idéas modernas no tratamento da neurasthenia. Fiz então uma critica ao methodo de Emile Coué, applicado a principio em Nancy e depois largamente divulgado, ao qual muitos trabalhos têm sido consagrados e de cuja efficiencia ha adeptos convictos. Consiste elle na auto-suggestão consciente. Manda Coué que o individuo, ao despertar e ao se deitar, diariamente, feche um instante os olhos e não procurando fixar a attenção no que quer que seja, passe os dedos por um cordão, em que haja vinte nós, a dizer durante a passagem pelos nós, a seguinte phrase: todos os dias, sob todos os pontos de vista, vou cada vez melhor. Diz elle que a phrase deve ser dita na toada

propria de quem estivesse rezando, de sorte a fazer entrar mechanicamente no inconsciente pelo ouvido a idéa que se busca implantar.

A phrase póde ser substituida por outras, consoante o pensamento que se queira suggerir.

Assim póde o neurasthenico dizer por exemplo, "vou ficar sem ter vertigens", vou ter coragem para subir uma torre", etc.

O methodo de Coué consiste essencialmente em fazer com que o doente se convença de que vai ficar bom.

O enthusiasmo pelo tratamento fez com que elle chegue a dizer que conseguira cicatrisar ulceras, resolver abcessos, corrigir quéda de utero, curar leucorrhéas, etc. Isto é evidentemente um absurdo, como tambem o é a idéa que emitte, de poder uma mulher gravida, ha poucas semanas, conseguir escolher o sexo e as qualidades moraes e physicas da criança a nascer, apenas pelo effeito da auto-suggestão consciente.

Não prescinde do uso de remedios e até frisa que se deve formular e não prescrever preparados, mas delles se esquece quando apresenta suas observações clinicas.

Busquei então, mais uma vez, distinguir bem o que caiba na neurasthenia e na hysteria.

E' positivo poder o methodo da auto-suggestão consciente curar radicalmente o hysterico, em que tudo vem pela suggestão e vai pela persuasão. Em relação ao neurasthenico o problema é muito mais complexo.

Não se trata de um doente imaginario.

Ha um factor auto-toxico, ao lado do qual são predicados capitaes a fraqueza irritavel do systema nervoso, excessiva fatigabilidade, exaggero de emotividade e auto-analyse.

Já dizia Bernheim, em seu livro "Hypnotisme et Suggestion" que "a psycho-neurasthenia não é uma doença da imaginação, não é uma auto-suggestão, não é uma psychonevrose". E' por isto que o mesmo auctor, absolutamente insuspeito aos couésistas, accentúa que "teve de convencer-se de que a psychotherapia, tão efficaz contra symptomas na apparencia mais serios, não dá resultados na neurasthenia".

Accrescenta elle que "não se deve exaggerar o papel directo da psychotherapia contra lesões organicas, o qual é restricto".

Si é facto que a psychotherapia por si só não logrará curar o neurasthenico, deve-se, porém, tornar bem frisante que representa ella o recurso auxiliar mais poderoso e seguro na cura de toda e qualquer doença.

Quem estiver doente, confiar no medico e se convencer de que vai ficar bom, sarará mais depressa do que aquelle que do contrario estiver convicto. A psychotherapia é a arma mais valiosa de que se servirá o medico, o qual no entanto, não pensará em acabar com uma auto-intoxicação, por exemplo, apenas pela força de sua persuasão.

Sem psychotherapia, intelligentemente applicada nada se conseguirá, porém ella, por si só, nem sempre bastará.

O methodo de Coué tem como principal defeito, a meu ver, a extravagancia da technica.

Continúo a preferir, entre os methodos de psychotherapia, o da persuasão logica, adaptada, porém, ás idéas modernas que dizem que qualquer suggestão sempre actuará como auto-suggestão, isto é, sempre será preciso que o individuo se convença do facto suggerido, para que o acceite e incorpore ao seu patrimonio ideativo.

O neurasthenico é um soffredor que merece ser tratado com o mesmo carinho que outro qualquer.

O balsamo consolador da persuasão medica virá sempre bafejar aquelle, cuja fraqueza irritavel do systema nervoso a therapeutica sabe curar.

CHORÉA

Poderia perecer um tanto extranho que a choréa, tida habitualmente como um typo de neuróse, possa figurár na classificação da Sociedade Brasileira de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal como uma psychose dita neurosica. Razão de ser de tal é que no estudo della se não póde modernamente prescindir do estado mental que sempre se mostra mais ou menos compromettido, e que á medida que os estudos se apuram, se vai cada vez mais tendo a certeza de que na choréa ha um substracto organico.

Já em 1907, nos ns. 3 e 4, dos *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, se encontra um trabalho que escrevi sobre "os estados mentaes nas grandes nevroses", que apresentei ao 6.º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia. Nelle apresento a choréa como uma neuro-psychose e digo que consideral-a uma neurose seria "antes um respeito á tradição que a attenção sincera aos factos".

Não vai o compromettimento do estado mental muitas vezes a tal ponto que torne o individuo verdadeiramente alienado. Mas ha uma instabilidade mental que desperta bem a attenção e é communissima. Demais, frequentemente nelles occorre irritabilidade que póde ser bem accentuada.

Commumente o choreico se mostra triste, deprimido, abatido, dando muitas vezes a impressão pela sua physionomia de um apoucamento intellectual que não existe.

A instabilidade que é o traço caracteristico nelle, faz com que a uma grande meiguice com certas pessoas se siga uma grande brutalidade, sem qualquer motivo plausivel, com que não consiga fixar attenção demorada no que vai lendo, com que mal comece um trabalho, logo o abandone. Laségue diz que é elle estupido, indolente, muito preguiçoso. Não ha tal. Ha mais apparencia de falta de intelligencia, do que realmente curteza mental.

Como se canse com facilidade a attenção, o individuo evita empregal-a e busca desinteressar-se de tudo quanto lhe traga fadiga.

Sanchis Banús, em trabalho de 1932, disse que no estado mental da choréa de Hultington ha grande tendencia ao suicidio, havendo, ás vezes, co-existencia da epilepsia.

Bretón disse que ha muitas vezes coincidencia de perturbações nos musculos da phonação e da linguagem com um certo custo no concentrar as idéas. Verdade se diga, porém, que não ha uma relação directa entre os dous elementos e que ha modalidades de choréa, em que aquellas são pouco sensiveis e este é muito notavel.

O primeiro trabalho de synthese sobre as perturbações mentaes na choréa, foi publicado em 1859 por Marcé e nelle se vêm muitas idéas que ainda hoje persistem adoptadas.

Como muito bem accentúam Grenet e Henri Meige, ha na choréa quatro fórmas clinicas, que são bem caracterisadas: a *choréa de Sydenham* ou das crianças, ou menor, ou vulgar; a *choréa molle;* a *choréa chronica* ou de Huntington e a *choréa variavel dos degenerados* ou de Brissaud.

Outras modalidades clinicas como a choréa electrica de Henoch-Bergeron, a fibrillar de Morvan, a de Dubini, a rythmica, a saltatoria, a natatoria, a dos escriptores, a gesticulatoria, depois de bem estudadas, foram consideradas como tendo apenas um aspecto choreiforme e cabendo antes no grupo dos tiques, das myotonias, dos espasmos, dos accidentes hystericos, etc.

Na *choréa de Sydenham,* de que são victimas, geralmente, crianças de 6 a 12 annos, ha sempre modificação do estado mental.

A instabilidade mental, a irritabilidade, a tristeza e o cansaço facil da attenção, a que já me referi, nesta fórma clinica bem se evidenciam. Logo que ella se inicia, quando os movimentos choreiformes ainda estão muito pouco nitidos e apenas, de vez em quando, num braço, por exemplo, se percebem, já se nota uma certa tristeza, a queixa de um grande cansaço e um máu humor que explóde a proposito de qualquer nonada. Evita desde logo o doente estudar ou fazer qualquer cousa que exija esforço de attenção.

Muitas vezes parece haver a preoccupação de enfezar as pessoas, com que lida, e vê-se o doente a altercar a proposito de tudo, ou a quebrar objectos que se lhe deparam ao alcance.

Diz Bréton que é constante a perturbação da memoria e que além de não conseguir o choreico gravar o que se lhe ensinou durante o periodo de choréa, esquece quasi tudo que aprendera anteriormente. Não penso que assim succeda. Ha, de facto, perda da fixividade ou capacidade de fixação, mas o que foi apprehendido anteriormente, não desapparece tão facilmente. Valleix, Andal, Neimeyer, Périsson, etc. accentúam que a intelligencia persiste normal. No entanto, como já assignalei, ha uma apparencia de falta de intelligencia e surprehende vêr uma pessôa, de que se não esperava um raciocinio logico e claro, emittil-o, de repente.

Marcé assignalou allucinações na choréa. São, principalmente, visuaes e occorrem muitas vezes desde os primordios do mal.

Apparecem durante a noite e desperta o doente a gritar, porque está vendo phantasmas, animaes ferozes ou scenas quaesquer que o assombrem. Frequentemente como no alcoolismo e na confusão mental, ha o sonho que se prolonga na vigilia. Outras vezes, porém, é allucinação o elemento primordial. E' nella commum o caracter terrorista.

Segundo accentuou Ollivier, são excepcionaes as allucinações auditivas.

Ha, ás vezes, um syndromo maniaco-depressivo, convindo, porém, notar que o feitio predominante é o melancolico. Neste ultimo caso ha commummente a coexistencia de ansiedade, sitiophobia e idéas de suicidio.

Muitas vezes se observa na choréa de Sydenham quando ella toma uma grande intensidade, um estado de confusão mental allucinatoria que póde chegar a constituir um delirio agudo. Neste caso se póde constatar uma meningite aguda e haver hyperthermia, pulso muito frequente, pelle muito quente, lingua secca, além de absoluta incoordenação de idéas, com a emissão de gritos e palavras sem nexo e a execução de actos de grande violencia.

E' mais commum o syndromo confusão mental do que o maniaco-depressivo. E curioso é que quando este occorra, haja muitas vezes allucinações, o que implica ainda a existencia do feitio confusional.

Qualquer das modalidades de confusão mental se póde deparar na choréa de Sydenham e além do delirio agudo e da fórma confusional, a que já me referi, tambem se encontram a fórma asthenica e a estupida. Nesta, com-

mummente, é o doente tomado á primeira vista como idiota ou imbecil. O engano é tanto mais natural quanto o aspecto do choreico já é muitas vezes o de um curto de intelligencia.

Interessante é que não ha uma proporção directa entre os disturbios motores e os mentaes.

A's vezes, entrou o doente numa phase de regressão do mal, quando surgem as perturbações psychicas. Outras vezes estas vêm, mal bruxolêam os primeiros movimentos involuntarios, illogicos, desordenados, amplos, largos, conscientes e interrompidos durante o somno que são os caracteristicos dos choreicos. No entanto, no que concerne ao delirio agudo, este só apparece em paroxysmos choreicos.

Dutil diz, adoptando conclusões de Joffroy, que a loucura choreica é "a manifestação por occasião da choréa da degenerescencia do apparelho psychico". Accentúa elle, portanto, que o disturbio mental surge essencialmente por se tratar de um individuo degenerado.

Convém, porém, ponderar que si de facto a meiopragia psychica concorre para a genesis da choréa e do disturbio mental, este não tem o feitio dos simples episodios delirantes em degenerados e toma antes aspectos maniaco-depressivos ou, principalmente, confusionaes, surgindo logo que se inicia a choréa ou quando esta já se constituiu de modo completo.

Brizé, em sua these de Montpellier, de 1910, descreve as choréas persistentes e sob esta rubrica assignala casos de choréa de Sydenham que se eternisam. Mesmo ahi nestes casos, nunca se observam phenomenos demenciaes ligados ao mal.

No seu excellente relatorio, apresentado em 1909 ao Congresso de Nantes, sobre as choréas chronicas, Paul Sainton assignala como uma das modalidades a choréa de Sydenham passada ao estado chronico. Diz elle concordar com o Professor Grasset, que diz ser a choréa chronica "um syndromo destinado a sahir das neuroses".

Muitas vezes se encontram casos de choréa de Sydenham que se curam, mas que se repetem de tempos a tempos. A' força de se repetirem com disturbios psychicos mais ou menos accentuados, estes se chronificam, accrescidos de um enfraquecimento mental mais ou menos notavel.

Na *choréa molle*, em que ha essencialmente paresia ou mesmo paralysia e são pouco accentuados os movimentos

choreicos, ha tambem desde o inicio perturbações mentaes, sendo modalidades predominantes o enfraquecimento mental ou a confusão mental.

Nos casos de choréa molle que tive ensejo de examinar, havia um tal torpor psychico que daria, segundo as idéas modernas, a impressão de um doente de encephalite lethargica.

Na *choréa chronica* ou de *Huntington,* as perturbações mentaes são essenciaes.

Pierre Marie chamava em aula a attenção para uma alteração da memoria muito curiosa: si se pede ao doente que enuncie os nomes de alguns animaes ferozes, elle começa a dizer, por exemplo, o leão, a onça, e de nenhum mais se lembra. De tal fórma são essenciaes na choréa de Huntington as perturbações mentaes que Halloch propõe chamal-a demencia choreica. Dutil diz que até hoje não ha uma observação demonstrativa de choréa de Huntington, em que se não encontrem perturbações psychicas. Tres condições essenciaes para a perfeita diagnóse estabeleceu Huntington na sua communicação fundamental: ser a doença hereditaria, ter uma perturbação mental especialissima que com frequencia levaria ao suicidio e, sendo grave e incuravel, só se apresentar na idade adulta.

Na *Revue Neurologique,* de 15 de Maio de 1909, Léri e Vurpas escreveram um trabalho muito completo sobre o estado mental na choréa de Huntington, o qual foi apresentado á Sociedade de Psychiatria de Paris.

A falta de attenção é o defeito essencial e por causa della parece haver um abaixamento do nivel intellectual maior do que realmente exista. Os sentimentos affectivos e moraes se mostram pouco compromettidos. Ha um estado de instabilidade, porém, que de quando em vez se mostra bem accentuado. O facto capital é a perturbação especial da memoria. Si se consegue vencer a sua falta de attenção, vê-se que elles se recordam de factos recentes e antigos, que conservam a lembrança do que aprenderam por experiencia ou por instrucção, reconhecem o lugar em que estão, a épocha em que vivem, e as pessoas, com que lidam. Si se lhes pede, porém, a enunciação dos nomes de animaes ferozes, a que já me referi, ou de flores, fructos, arvores, passaros, peixes, etc., vê-se que embora se trate de cousas muito communs e bem conhecidas, não conseguem citar o nome de mais de tres ou quatro e passam a remoer, em busca de evocação mental dos demais.

Isto chama bem a attenção pelo contraste com a conservação da memoria, frequentemente possivel, em relação a tudo mais.

Causa de tal, como dizem Léri e Vurpas, é a falta de evocação visual dos seres e objectos. Si não conseguem citar os nomes de mais de tres ou quatro animaes, é consequencia de que não conseguem evocar deante dos olhos as caracteristicas essenciaes de mais de tres ou quatro. E' ainda o esquecimento das caracteristicas essenciaes que faz com que, si se lhes perguntam que differença existe entre a girafa e o avestruz, digam que ambos têm as patas longas, mas não consigam lembrar-se de que o ultimo tem pennas e a outra não.

Para que possam descrever bem um objecto, é preciso que o ajudem com a presença.

De duas cadeiras, uma com braços, outra sem braços, não conseguirão, ás vezes, assignalar os caracteres differenciaes, si não estiverem ellas na occasião diante delles.

As perturbações da memoria em relação aos outros sentidos podem tambem ser evidenciadas, mas sempre será mais patente e caracteristico o disturbio da memoria visual.

Como se trate de uma affecção hereditaria, ha um vicio degenerativo que se póde traduzir por deffeitos mentaes constitucionaes, modificações dos sentimentos affectivos e moraes e transformação completa do caracter. Isto não é, porém, essencial.

Commummente ha na choréa de Huntington idéas melancolicas, muito frequentemente acompanhadas, segundo alguns auctores, de idéas de suicidio. Ladame diz que não ha unico caso seguro de suicidio ou mesmo tentativa de suicidio, sendo que a estatistica de Huet, em que ha 4 casos em 58 observações, não é muito expressiva.

Si pela falta de attenção parece haver um abaixamento do nivel intellectual maior do que realmente existe, no entanto é facto que pouco a pouco a intelligencia vai decahindo.

Em casos muito adiantados esta póde de tal modo ter descido que lembre um caso de paralysia geral. Num cliente que tive, individuo diplomado e bem culto, era notavel a puerilidade que se sommava a um grande abaixamento do nivel intellectual.

Na *choréa variavel dos degenerados* ou de *Brissaud,* ha tambem modificações do estado mental. Ha frequentemente abaixamento do nivel intellectual, instabilidade mental, sensibilidade exaggerada, idéas extravagantes obses-

sivas muito pronunciadas, allucinações visuaes e disturbios da memoria. Aqui o principal caracteristico são as idéas obsessivas que têm como feitio proprio uma certa puerilidade. Como exemplo póde ser referido o doente de Brissaud que só conseguia alimentar-se servindo-se de colher, garfo e faca de seu uso exclusivo, caso unico, em que se sentia tranquillo.

Em qualquer caso de choréa ha frequentemente os signaes de uma degeneração psychica. Isto não é de admirar desde que se attente nas investigações modernas a respeito da choréa que a apresentam com um substracto organico.

Estudando os *signaes organicos* da choréa de Sydenham, Grenet e Loubet publicaram na *Revue Neurologique*, de 15 de Dezembro de 1912, um bom trabalho.

Referem elles haver sido encontrada pela punção lombar lymphocytose. Ha frequentemente o acommettimento mais pronunciado de um dos lados do corpo. Ha o signal da mão, de Babinski, em que collocando as mãos do doente, palma contra palma, e abandonando-as a si mesmas, cahe logo, e mais depressa, a do lado, em que predominem os movimentos choreicos. Ha o signal de pronação, de André Thomas, que consiste em ficar logo em pronação a mão do lado mais comprομettido, elevadas ambas verticalmente ao lado da cabeça. Ha o bem conhecido signal de flexão combinada da coxa e do tronco.

Notam-se tambem os signaes de Grasset e Gaussel (impossibilidade de manter quando deitado, as pernas levantadas, cahindo logo a do lado mais tocado), o da opposição complementar de Hoover (menor pressão do calcanhar do lado doente sobre a cama quando se levanta a perna sã), de extensão do grande pedarticulo pela excitação da planta do pé ou de Babinski e o de Oppenheim, em que o mesmo facto se observa pela fricção de cima para baixo da pelle da região antero-externa da perna, para fóra da crista do tibia.

Gordon descreveu um phenomeno particular que observava na choréa. Estando o doente deitado e percutindo-se o tendão rotuliano, rapidamente se levantava a perna e não voltava, senão muito vagarosamente, á posição primitiva. E' um verdadeiro reflexo tonico. Foi tambem encontrado no tendão de Achilles, mas nunca se deparou em qualquer reflexo do membro superior.

Symptomas cerebellares tambem se encontram.

Destes são communs perturbações da synergia e da diadococinesia.

Si se mandar um choreico dirigir um dedo á ponta do nariz, excederá elle o objectivo e baterá na testa. Para segurar um objecto, antes de o fazer, abre os dedos mais do que necessario, e para o largar, tambem abre mais do que é preciso. Tambem se verifica a decomposição dos movimentos e para dirigir o dedo ao nariz, curva antes o antebraço e o approxima do peito. São provas de perturbação da synergia.

A diadococinesia que se verifica, mandando fazer movimentos successivos de pronação e supinação, está frequentemente bem perturbada.

Nos casos de choréa que tenho observado, sempre se me têm deparado symptomas cerebellares.

André Thomas, na sessão de 3 de Junho de 1909, da Sociedade de Neurologia de Paris, discutiu muito bem a questão da natureza organica da choréa. Diz elle que em todos os choreicos se deve fazer a pesquiza dos signaes de lesão organica do systema nervoso central, particularmente dos pequenos signaes de perturbação do systema pyramidal de Babinski.

Acredita elle ser a choréa de Sydenham que foi a que essencialmente estudou, uma fórma symptomatica de encephalite ou meningo-encephalite ligera. Esta se localisaria preferentemente na zona cortical motora. Henri Claude pensava na associação frequente da localisação frontal.

Sicard e Babonneix encontraram frequentemente lymphocytóse nos choreicos, particularmente nos que tinham febre. Seria um testemunho de reacção maior ou menor das meninges.

Prova de que a irritação encephalica inflúe, ha nas curiosas experiencias de Roncoroni que applicava na côdea cerebral de animaes, tampões com algodão embebido em solução de metaphosphato de sodio ou phosphato disodico e obtinha nitidos movimentos choreicos.

Hoffmann chama a attenção para a coexistencia de choréa e athetose, e choréa e epilepsia, o que seria um testemunho importante de lesão organica. Modernamente têm sido assignalados casos de coexistencia de choréa e encephalite epidemica, como bem se vê na trabalho de Morquio, de Fevereiro de 1921.

Curioso é o que pesquizas histopathologicas nesta doença tem revelado a localisação das lesões em pontos semelhantes aos preferidos na choréa.

Bonhöeffer diz que em consequencia da synergia com a cortex cerebral, lesões cerebellares ou outras podem acar-

retar a choréa, assim como a irritação das pontas anteriores da medulla vai influir no pyramidal cruzado.

Num artigo de Lhermitte, publicado no *Paris Médical,* de 2 de Outubro de 1900, a respeito dos syndromos do corpo estriado, ha a referencia á existencia na choréa chronica de Huntington de reducção do corpo estriado, notando-se destruição de fibras e cellulas e proliferação nevroglica muito intensa. Diz elle que as modificações psychicas dependem de atrophia cortical sempre muito accentuada e a desordem muscular, de uma lesão do corpo estriado.

Raymond fez o exame critico das autópses publicadas até 1880 e assignalou ter sempre havido pachy-meningite ou hyperemia meningo-encephalica ou fócos de amollecimento ou lesões degenerativas das cellulas corticaes ou pequenos fócos hemorrhagicos.

Dana diz que frequentemente ha lesões na pia-mater, na cortex, no feixe pyramidal, no nucleo lenticular ou na medulla.

Jackowenko encontrou alterações no globus pallidus na sua parte anterior.

Havia ahi simples lesão que tambem era, ás vezes, encontrada no nucleo caudato e na parte posterior das camas opticas.

No excellente relatorio de Paul Sainton, sobre choréas chronicas, a que já me referi, ha a referencia á pachy e leptomeningite, atrophia das circumvoluções, fócos de hemorrhagia ou de amollecimento na substancia sub-cortical ou nos nucleos centraes, lesões degenerativas das cellulas corticaes, inflammação intersticial, esclerose vascular e lesões degenerativas no cerebello e na medulla.

Para alguns auctores haveria uma encephalite circumscripta, cortical ou sub-cortical; para outros, uma encephalite chronica interstical diffusa. Sendo o relatorio de Sainton referente a choréas chronicas, claro está que visa elle essencialmente o typo de Huntington.

E' por isso que assignala como lesões proprias das cellulas corticaes as que caracterisam o cerebro senil, havendo commummente um processo de desintegração lenta e de atrophia.

No entanto, convém assignalar, a encarecer o valor do estudo das choréas chronicas, que modernamente já se vai admittindo a possibilidade de casos de choréa de Sydenham, que se apresentavam em accessos successivos e depois se chronificavam, e de outros que num unico accesso se foram chronificando.

De todas as pesquizas anatomo e histo-pathologicas deriva a conclusão de que a choréa possúa um substrato organico que, demais já se havia comprovado pela existencia dos pequenos signaes organicos. Estes demonstravam, ora um compromettimento do cerebello, do lóbo prefrontal ou do corpo estriado.

Não é, pois, de admirar que numa doença com uma tal base organica haja disturbios psychicos e que se possa encontrar sempre um estado mental especial.

Os recursos para *tratamento* das perturbações mentaes na choréa, claro está, consistem essencialmente no emprego dos que já estão consagrados como efficazes na cura desta.

Emprego sempre com exito, nos casos de choréa tres remedios: antipyrina, arsenico e Leptolobium elegans.

Costumo empregar estas formulas:

Antipyrina .... 50 ctgrs.
Sulfato de esparteina .... 1 ctgr.

Em uma capsula. M. n. 12. Tome tres cada dia.

Item:

Xarope de Leptolobium elegans.. 165 grs.
Arseniato de sodio .... 1 ctgr.
Brometo de sodio .... 15 grs.
Agua de louro cereja .... 50 grs.
Extracto fluido de mulungú ..... 10 grs.

Tome tres colheres de sopa cada dia.

Si se trata de crianças como particularmente nos casos de choréa de Sydenham, a dosagem terá de variar conforme a idade.

Pierre Marie e Chatelin apregoam os effeitos vantajosos das injecções intravenosas de salvarsan, que utilisaram em 25 casos de choréa de Sydenham.

Assignalaram elles que não buscavam uma acção anti-syphilitica e sim tonica e anti-parasitaria. Isto está de accordo com o que ouvi num curso de doenças de crianças que segui em Paris, no qual o Professor Nobécourt negava qualquer influencia da syphilis na genesis da choréa.

Nas clinicas italianas se emprega muito o licor de Fowler e mdóses crescentes, desde quatro gottas diarias até

trinta. Uma dóse tão forte será raro, a meu vêr, não acarretar symptomas graves de intolerancia.

Do mesmo modo, não sou partidario das dóses fortes de antipyrina (5 e 6 grs.), que alguns aconselham, pois havera sempre o risco de accidente muito sérios.

O luminal, em pequenas dóses, é excellente remedio.

O notavel Professor Alfredo Balena, de Bello Horizonte, tem um methodo especial de tratamento da choréa de Sydenham. Injecta-se electrargol isotonisado no canal racheano, sendo as injecções em numero de tres, em dóses crescentes de 1 1/2, 3 e 5cc³, retirando-se, antes de injectar, 2, 4 e 6cc³. de liquor. O intervallo deve variar conforme a reacção e gravidade do caso de 2 a 5 dias. Muitas vezes ha febre muito alta, vomitos frequentes e cephaléa intensa.

Na Fundação Graffrée-Guinle se usa uma modificação do methodo que o distinctissimo Prof. Dr. Zacheu Esmeraldo, dos mais competentes Assistentes da Clinica Psychiatrica, tem empregado, por indicação minha, em choreicos do meu serviço. O Dr. Ernesto Saboya, muito laborioso e dedicado Assistente da Clinica Psychiatrica, mais de uma vez com elle fez o tratamento.

A modificação consiste em se fazer uma injecção suboccipital e não lombar. Por este processo a reacção é menor, a febre póde subir apenas a 38,°5, havendo vomitos só na primeira dóse.

Prepara-se o doente, deixando-se em jejum, tendo feito de manhã uma lavagem intestinal ou tendo-se dado na vespera um purgativo.

Os Drs. Zacheu Esmeraldo e Ernesto Saboya costumam retirar, no primeiro dia, 5 cc³ e depois injectar 3 cc³ de electrargol; quatro dias depois, tiraram-se pouco mais de 5 cc³ e injectam-se 4 cc³, e tres dias mais tarde 6 cc³ e injectam-se 5 cc³.

Em geral, o tratamento tem sido proveitoso.

Deve-se procurar alimentar bem o doente, utilisando-se, porém, productos de facil digestão.

Emprego constantemente banhos salgados mornos, de temperatura de 32° a 34°, sempre demorados. O doente deve ficar mais tempo na cama do que em pé.

De vez em quando deve se dar um purgativo ligeiro a desintoxicar o organismo.

Bozzollo preconisa fazer de tempos a tempos a puncção lombar, o que póde ser realmente util.

Si houver insomnias, será conveniente administrar pequenas dóses de luminal.

Dos calmantes prefiro sempre o brometo, o Leptolobium, o luminal e o mulungú.

Na choréa chronica de Huntington não ha recursos que a curem completamente.

Consigo fazer com que os doentes melhorem, empregando injecções de tiodina, que é uma mistura de iodo e thiosinamina, e de chlorhydrato de hyoscina, na dóse de 1 miligramma diario.

As pontas de fogo, ao longo da columna vertebral, podem ser de um certo proveito.

Quando as perturbações mentaes forem muito accentuadas, convém internar o doente numa Casa de Saúde. Ahi, além, do tratamento já assignalado da choréa, se poderá fazer com mais facilidade o do syndromo psychiatrico predominante, que como já tive ensejo de assignalar, sóe ser o confusional ou o maniaco-depressivo.

Assim sempre se poderá modificar o estado psychico e evitar accidentes mentaes mais sérios.

ESTADOS ATYPICOS DE DEGENERAÇÃO

(PERSONALIDADES PSYCHOPATHICAS)

Sob a rubrica de *outras psychopathias constitucionaes* (*estados atypicos de degeneração*), abrange a Classificação da Sociedade Brasileira de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal um grupo de doentes, dos mais importantes e complexos de toda a psychiatria.

São as *personalidades psychopathicas* que tanto interessam á psychiatria forense.

Basta ponderar que nelle se englobam os semi-loucos de Grasset, individuos que occupam uma zona fronteiriça com a loucura, cujos actos, porém, já se resentem de uma tal extravagancia que se não póde deixar de os ter como um testemunho de morbidez psychica.

Si a este grupo se dá o nome de estado atypico de degeneração, é que não ha a olvidar que doentes de psychose maniaco depressiva, de eschizophrenia etc., são tambem degenerados. Para distinguir destes, cujo fundamento degenerativo fica um tanto obscurecido diante da predominancia dos signaes que lhes são caracteristicos, é que se denomina *estado atypico de degeneração,* frisando-se assim que não ha um feitio typico, um feitio individual de degeneração.

A designação de "outras psychopathias constitucionaes" significa que ha outras entidades clinicas que não estas, que são tambem psychopathias constitucionaes, Ha um vicio fundamental, originario que em outras doenças se somma a um certo numero de caracteres essenciaes, ao passo que nesta classe constitúem a essencia de tudo.

Não ha um só livro que num capitulo englobe estes estados atypicos de degeneração. Demais, quem nos livros buscar detalhes do assumpto, verá se defrontarem opiniões as mais contradictorias. Basta lembrar a questão do criminoso nato, o ponto mais importante no estudo do direito

penal, e a do syndromo paranoide, sob o feitio dos perseguidos-perseguidores, que constitúe muitas vezes a causa de crimes terriveis.

Num artigo que escrevi para o *Formulario do Brazil Medico* e que é o unico trabalho synthetico a respeito do assumpto (o qual por ter sido tambem por mim feito entra igualmente na unica excepção que nestas linhas se vê), disse que entendo como estados atypicos de degeneração: o *desequilibrio mental,* a *depressão constitucional,* a *excitação constitucional,* as *perversões sexuaes* e o *delirio episodico dos degenerados.*

Na ultima classificação do Prof. Kraepelin se vêm distribuidos em dous grandes grupos elementos que se englobam nos estados atypicos.

São os *estados morbidos originarios* e as *personalidades psychopathicas.*

A designação de personalidades psychopathicas deve, a meu vêr, ser dada ao grupo inteiro.

Aos estados morbidos originarios pertencem a *nervosidade, a nevrose coacta* (idéas coactas, phobias), a *loucura impulsiva* e as *aberrações sexuaes.*

As *personalidades psychopathicas* se dividem em *irritaveis, instaveis, instictivos, tocados, mentirosos morbidos e fraudadores, antisociaes* e *disputadores.*

Esta classificação, demasiadamente analytica, tem o defeito de abranger feitios clinicos que cabem melhor na psychasthenia, como os doentes de nevrose coacta e de loucura impulsiva.

Esta ultima poderia ser tida como o producto de epilepsia ou eschizophrenia mas o exame attento das linhas, em que Kraepelin a descreve, dá antes a impressão de psychasthenia. Não ha duvida que os progressos da psychiatria têm permittido riscar, com segurança, do grupo dos estados atypicos de degeneração, doentes que se capitulam, actualmente, muito bem na psychose maniaco-depressiva, na eschizophrenia, na psychasthenia ou na paranoia. O modo de entender a paranoia é, particularmente, o que mais concorre para manter a confusão no problema. Si se apresenta a paranoia como alguns o fazem, como podendo comportar muitas allucinações, correspondendo a qualquer processo degenerativo, em que haja um delirio systematisado, poder-se-ha reduzil-a a um simples sub-grupo nos estados degenerativos. Assim é que o mallogrado psychiatra Sou-

thard, dos mais notaveis que houve nos Estados Unidos, apresentou uma classificação, publicada nos "Archives of Neurology and Psychiatry", de Janeiro de 1919, em que colloca no grupo das psychopathoses as psychoses das prisões, a loucura a dous, a psychose dos litigantes, a paranoia, a psychose por perturbação sensorial, monomania, psychopathia sexual e personalidade psychopathica. Como muito bem assignala a escola allemã e a pratica o demonstra, a paranoia não deve caber neste grupo. Tem ella caracteres fundamentaes que são o egocentrismo, a egophilia e o delirio bem systematisado, encadeado e logico, sem allucinações ou tendo estas papel secundario, podendo tomar o feitio de interpretação, de reivindicação ou de imaginação.

Demais, nesta classificação se vê renascer uma das mais antigas e erradas idéas da psychiatria, a da monomania.

Francis Dercum, que penso ter sido nos ultimos tempos, nos Estados Unidos, o mais competente psychiatra, no seu livro de 1918, estabelece uma classe de doenças mentaes que se não inclúem ordinariamente como loucura, em que abrange estados maniacos e paranoides limitrophes; estados de defficiencia de alto gráo, de defficiencia moral e criminalidade; anomalias sexuaes e hypocondria.

O notavel psychiatra italiano Tanzi colloca em dous grandes grupos: o das perversões sexuaes e o da immoralidade constitucional, muito do que se abrange nos estados atypicos de degeneração.

Régis collocava em um grupo: o das psychopathias enfermidades ou enfermidades psychicas.

Sem que haja da minha parte a velleidade pueril de querer fazer obra mais perfeita do que a dos sabios, a que me referi, parece-me que a minha classificação em cinco grupos abrange clinicamente todos os casos e está logicamente integrata nas acquisições modernas da psychiatra.

Hodiernamente como bem accentúa o notavel Prof. Emilio Mira de Barcelona em seu Manual de Psychiatria, de 1935, o conceito de *degeneração mental* foi substituido pelo de constituição psychopathica que, por suá vez, deu lugar ao de *personalidade psychopathica*.

O *desequilibrio mental* abrange um numero muito avultado de doentes. Antigamente havia muito a preoccupação de esmerilhar qualquer pequeno estygma physico de degeneração e quem o possuia, era logo apregoado como degenerado, e, ás vezes como destinado fatalmente pela natureza a praticar crimes, como aquelle que tivesse a desdita de

ter a face patibular, o qual traria estampada a prova de que estava para elle reservado infallivelmente o patibulo.

Ora, os estygmas physicos de degeneração só poderão ter valor clinico si se apresentarem em grande numero e associados. No caso contrario, não merecem maior attenção. Uma criança póde ficar com a orelha acabanada, porque seja collocada na cama sem uma certa cautela, póde ter o craneo um tanto desviado, porque, ainda muito fragil, repouse sempre do mesmo lado; póde constituir-se um prognatismo no maxillar inferior em quem tenha falta de dentes ou o tenha luxado mais de uma vez; póde ficar torto o nariz de quem tenha levado muitas quédas. Assim se poderá ir explicando sem appellar para a degeneração, qualquer pequeno defeito que, isolado, se antolhe.

Si se apresentarem muitos, associados, poder-se-ha naturalmente pensar em um vicio nutritivo do embryão que muito importa na genesis de um estado degenerativo.

No entanto, cabe sempre o maximo de importancia ao estygma psychico.

O desequilibrio mental, leve, que constitúe o grupo das *reacções psychopathicas*, não póde estar ligado á acção exclusiva das propriedades genotypicas, revelada na morphologia corporal ou organica.

A *personalidade psychopathica* de que o desequilibrado mental é um dos feitios, fica entre a *personalidade normal* e a *personalidade psychotica.*

Na personalidade psychopathica ha *disturbios da conducta ligados* a *alterações cenesthesicas* e *afflictivas subjectivamente incommodas,* surgindo quasi que exclusivamente *diante de estimulos e situações que normalmente influem na emotividade, não tirando por completo a capacidade de raciocinio,* sendo *influenciaveis pela psychotherapia e apparecendo mesmo numa epocha precoce do desenvolvimento mental e manifestando-se episodicamente em todo o decurso da existencia.*

Os modernos estudos da *psychologia profunda* que foram iniciados pela escola psychoanalytica freudiana e mais tarde ampliados pelos investigadores que estão elaborando a nova doutrina dynamica, unitaria e totalitaria evolutiva da personalidade humana, permittem explicar a anormalidade de reacções e a facilidade de perder a adaptação social, que nos desequilibrados se nota.

Signal caracteristico é a *desproporção* ou *falta de harmonia* entre os diversos elementos constituintes da personalidade.

Ha, além disto, a *falta de estabilidade das reacções affectivas.* Ha comprommettimento da unidade de acção pessoal. Ha irregularidade nos estados de humor.

Outra particularidade typica das personalidades psychopathicas é a *falta de objectividade nos julgamentos,* o exaggero da influencia subjectiva nelles.

Ha facilidade no apparecimento de *idéas supervalentes.* Ha predominio de *reacções affectivo-emocionaes.*

Klages diz que é impossivel uma classificação de personalidades psychopathicas.

O Prof. Mira, tomando em consideração classificações de Lafora e Birnbaum, admitte. *personalidade psychopathica asthenica, obsessiva, explosiva, instavel, hysterica, cycloide, sensitivo-paranoide, perversa, eschizoide e hypocondriaca.*

A *personalidade asthenica* traduz-se pela facilidade de cansaço nervoso.

O individuo procura fazer aquillo que exija menor esforço e, não raro, ha um estado de nervosidade que se manifesta quando elle sente que não póde fazer mais e melhor. Ha, ás vezes, o medo de acção, do Prof. Pierre Janet, e parece-se um psychasthenico. Ha tendencia ao isolamento, á introversão autistica.

Ha falta de energia psychica para levar a termo completo e efficaz as acções requeridas em cada situação.

Na *personalidade obsessiva ou compulsiva* ha um caracter difficil, mal-humorado, susceptivel, teimoso! com tendencia a molestar os outros e martyrisar a si mesmo, predisposto á hypocondria e á tyramnia.

E' constantemente um escravo da tradição e dos preconceitos. O povo o tem como cheio de preconceitos, amigo de detalhes, pesado, resmungador.

A *personalidade explosiva* é violenta e brusca em suas reacções. Birnbaum salienta a maior irritabilidade e excitabilidade emocional e predisposição exaggerada para a descarga desta excitação para o lado das vias motoras.

E' pessoa que se põe em colera com a maior facilidade, que perde o dominio de si mesma, no momento dos accessos de furia.

Ha grande relação com a epilepsia e, por vezes, crises desta doença ahi se encontram. São typos epileptoides em geral.

A *personalidade instavel* abrange aquelles que os allemães chamam psychopathas inquietos. Variam estes, a

cada passo, de orientação. O modo de pensar, os gostos e as intenções são mutaveis.

Muitos os tomam como hystericos. Os leigos os appellidam de borboletas, frivolos, nunca satisfeitos com cousa alguma, mettidiços, não sabendo o que queiram.

A *personalidade hysterica* encontra-se mais nas mulheres e nos intersexuaes.

Coincide com uma constituição hypoplasica, em que ha uma grande labilidade dos reflexos vegetativos. Ha uma inteira tonalidade affectiva e uma mimica muito viva e expressiva. São pessoas mythomaniacas, sonhadoras.

A *personalidade cycloide* é formada por aquelles individuos euphoricos, cordiaes, expansivos que segundo Bleuler, syntonisam com o ambiente.

Na *personalidade sensitivo-paranoide* ha um exaggerado amor proprio, uma hypertrophia do eu, uma susceptibilidade anormal.

A *personalidade perversa* traduz-se por uma debilidade genotypica que lhe impede o desenvolvimento do juizo normal. Chama-se tambem *amoral.* Ha tendencia a fazer o mal, a revelar grande violencia, a par de uma intelligencia, ás vezes, bem aprimorada. Tudo quanto faz soffrer ou repugna ás pessoas normaes, nelle suscita um desejo e um prazer morbidos.

Na infancia a personalidade perversa se salienta pelo prazer de ferir, de maltratar pequenos animaes, e pela indifferença, com que escuta, e deixa de attender as admoestações dos pais.

A *personalidade eschizoide* constitúe a base fenotypica das reacções eschizophrenicas. Mesmo quando o factor genotypico (hereditario) parece ser essencial, não póde depreciar-se o papel de que em sua formação desempenham as influencias paratypicas do ambiente familiar ou social.

Os psychopathas desta variedade vivem no mundo social, não integrados, não adaptados nelle, mas ao lado delle, contra elle.

A *personalidade hypocondriaca* caracterisa-se pelo predominio das cousas intellectuaes e preoccupação pela integridade physica e saúde do corpo. Os psycho-analystas dize mhaver no caso uma parada na phase narcisica ou auto-erotica. Dupré propõe qualifical-os como cenestopathas. Têm sido identificados com os neurasthenicos constitucionaes, com hystericos queixadores e com a variedade dysphorica da personalidade depressiva.

O eminente Prof. Mira assignala ser difficil encontrar um typo puro de personalidade psychopathica, em que só haja os caracteres destas variedades descriptas.

Ha frequentemente a intromissão de predicados de outros. Vê-se, por exemplo, a associação de caracteres asthenicos, eschizoides e compulsivos; asthenicos e depressivos; compulsivos e explosivos; hystericos, instaveis e hypomaniacos ou cycloides, etc.

Ha evidentemente o predominio dos caracteres de um certo typo de personalidade, com a adjuncção de alguns elementos de outras.

Muitas vezes, na conducta sexual se revela a anomalia psychica destes individuos.

Em artigo muito interessante, de Mc Cready, publicado no "Journal of Medical Association", de 1.º de Novembro de 1919, descreve o typo do menino nervoso, em que ha, em ultima analyse, desequilibrio mental e do qual acredita possa ser causa uma doença de carencia, tão positiva como o escorbuto e o beriberi.

No caso de desequilibrio mental ha uma desigualdade no desenvolvimento das faculdades psychicas. No typo normal o sentir, o pensar e o querer são proporcionaes. Quando a intelligencia se antolha brilhante, ha igualmente um grande apuro no receber as sensações e uma grande energia no querer. No desequilibrado que tem um estado atypico de degeneração, ha, ás vezes, grande talento, ao lado de completa indifferença affectiva pela familia, ou de grande satisfação em fazer o mal, ou de se comprazer nos soffrimentos alheios. Outras vezes, são grandes talentos que não produzem cousa alguma. Não sabem querer. Não têm energia, nem persistencia na acção.

Em outros casos, são typos emotivos que vivem num exaggêro de affectividade e que, no entanto, não sabem decidir-se com presteza, nem têm grande brilho de intelligencia.

A's vezes, do lado affectivo, só os sentimentos mais elevados e requintados se mostram compromettidos. Não se desinteressam da mulher e dos filhos, mas vivem publicamente com meretrizes, numa orgia desenfreada, esquecidos do respeito devido ás convenções sociaes.

Modernamente procura se explicar o desequilibrio mental por meio de disturbios de glandulas de secreção interna.

Um dos mais competentes entendidos no assumpto, o sabio Prof. Maranon, em trabalho publicado em 15 de

Março de 1932, disse que o caracter do individuo depende muitas vezes de suas secreções internas.

Assignalou que a puberdade é muito mais importante nos meninos, do que nas meninas, ao passo que na menopausa, ha, evidentemente accidentes muito mais serios nas mulheres, do que nos homens. Crianças tidas como desequilibradas, dominados por um caracter irritadiço, têm falta de calcio no organismo e quando se dá este, melhoram sensivelmente.

Em Julho de 1929, Heuyer e Gouriou, estudando as perturbações do caracter nas crianças escolares, disseram que o caracter consiste nas disposições constitucionaes de natureza affectiva que dirigem as reacções do individuo ás condições do meio exterior.

Póde o desequilibrado passar como um individuo sem caracter quando tudo é effeito de doença mental.

Nos desequilibrados ha muitas vezes a constituição emotiva de Dupré que explica muitos dos actos por elles praticados. Nas crianças, no periodo escolar, a *hyperemotividade* se traduz por uma *timidez* exaggerada, acompanhada de *obsessões e phobias.* Ha tambem um desequilibrio vaso-motor, com alternativas de vermelhidão e pallidez, ondas de suor, crises de lagrimas, tremores, perturbações da palavra, batimentos de dentes, agitação muscular, etc. As crianças hypermotivas dormem mal, têm pesadellos e acordam, muitas vezes, á noite, com intenso pavor.

Ha frequentemente nestes casos *hyperthyreoidismo.* Ha augmento do metabolismo basal.

Por este motivo costumo obter sensiveis melhoras em doentes meus, aos quaes administro o sôro anti-thyreoideano.

Reynolds, estudando em Abril de 1930 as relações entre a glandula thyreoide e a criminalidade, disse que de exames feitos por elle nas prisões de São Quintino, chegou á conclusão de que todos os *assassinos* têm *hypersecreção* actual e potencial da *glandula thyroide* e de que todos os *malfeitores* têm *dysfuncção de alguma glandula.*

Pensa elle que muitos crimes seriam evitados, si se tratasse previamente o *hyperthyreoidismo.*

Zappert, no Wiener Medizinisch Wochenschrift de 26 de Março de 1927, estudando a criança nervosa, disse que muitas vezes são ellas *espasmophilicas,* apresentando o signal do facial, outras vezes são debeis mentaes com estigmas nitidos de *hypothyreoidia,* num typo de *myxedema* frusto.

Encontrou elle nas crianças nervosas zonas cutaneas hypersensiveis e uma acuidade anormal do ouvido, com susto por occasião de barulhos ligeiros.

Achilles Delmas e Marcello Boll, estudando a *constituição psychopathica* que se caracterisa por um conjunto especial e definido de tendencias que, formando parte integrante do individuoo, permittem precisar sua personalidade, dizem que do conhecimento desta se póde prever que psychose progressiva ou regressiva, intermittente ou continua, irá evoluir.

Em certos typos de *constituição psychopathica,* predispostos á delinquencia, ha disturbios de certas glandulas.

Cassone e Vidoni, citados pelo talentoso Prof. Afranio Peixoto, referem factos interessantes.

Cassone encontrou em *assassinos cynicos e sanguinarios* o *habito dyspituitario,* com manifestações positivas de *hyperpituitarismo anterior,* combinado, ás vezes com *hypopituitarismo posterior.* Notou tambem *hypogenitalismo* e *hypersupra-renalismo.*

Em *criminosos passionaes, impulsivos, violentos, desertores, incendiarios,* predomina a constituição *hyperthyreoidea* ou *disthyreoydéa.*

Em *ladrões* ha *hypopituitarismo,* com *dysthyreoidismo,* e nos jovens,*hyperthymismo.* Nos *criminosos contra a moral* têm sido encontrados *hypergenitalismo* ou *hypogenitalismo.*

Nos *mendigos profissionaes* foram encontrados signaes de *hypofuncção da thyreoide* ou da *supra renal.*

Berman e Time verificaram nos individuos *hyperthymicos* que tambem são *hypopituitaricos, aberrações de conducta, noção pervertida de responsabilidade, tendencia* ao *suicidio* e ao *crime.*

Em 90 % de *delinquentes* jovens do sexo feminino, Berman encontrou *hypertrophia* da *thyreoide.*

Pende é de opinião que os *criminosos de fraude, sem violencia,* têm constituição *hyperthyreoidéa,* com *hyperthyreoidismo, hyperpituitarismo, hypergenitalismo* e *hypersututarismo.*

Nos *criminosos sanguinarios* diz elle que ha *hypothyreoidismo, hyperpituitarismo, hypergenitalismo e hypersupra-renalismo.*

Em 100 raparigas *delinquentes* que o Tribunal de Pittsburg mandou examinar, 90 eram hyperthyreoidéas.

A importancia destes estudos é fornecer elementos para se fazer uma prophylaxia do crime.

Num *desequilibrado do systema nervoso*, com *tendencias á violencia* e ao *crime*, deve-se dar extracto de *testiculo ou de ovario*, conforme o sexo, e elementos antagonicos da pituitaria, como *pancreas* e *figado*.

Nos *desequilibrados*, em que se notar um estado *hyperemotivo*, e nos *criminosos passionaes*, poderá ser muito util o *sôro anti-basedowiano*, como remedio anti-thyreoidêo. Em degenerados *ladrões* talvez se possa evitar a tendencia delictuosa por meio do *extracto de pituitaria*.

Nos *mendigos degenerados* póde ser util o extracto de thyreoide.

A *hypophyse* póde ser util ás pessoas de *conducta irregular*. Nas mulheres delinquentes póde ser util o extracto *anti-thyreoidêo*.

Este estudo das constituições é da maxima importancia no momento actual, esclarecendo-se muitos problemas interessantes, dando-se a solução de problemas muito importantes.

Soriano, em 1930, em Madrid, firmou muito bem que a prophylaxia da loucura nas crianças está intimamente ligada ao conhecimento perfeito das constituições.

Os *mentirosos morbidos e fraudadores* que Kraepelin colloca entre as *personalidades psychopathicas* e que são tambem, a meu vêr, doentes de *desequilibrio mental*, pertencem á *constituição mythomaniaca* e têm muitas vezes *disturbios* do *endocrinismo*.

Ha, pouco, tempo, em 3 de Janeiro de 1931, Marcon — Mutzner, no Bruxelles — Médical, estudou o *reflexo da mentira* que consiste em deglutir immediatamente a saliva que em affluxo se fórma quando o individuo está mentindo. Olha-se o pescoço do mentiroso e vê-se o movimento de engulho que se fórma no instante da mentira.

Muito importante é, no momento actual, o estudo da influencia da *encephalite epidemica* na genesis de personalidades psychopathicas. Individuos normaes deixam de o ser quando esta doença se installa. Luiza Lévi, no Quaderni di Psichiatra, n.º 5 de 1930, estudou muito bem a questão em relação a rapazes e moçoilas.

A questão é tanto mais interessante quando se trata de fórmas frustas, de symptomatologia apagada, que se fazem lembradas quando se começa a notar que uma pessoa de bons costumes, começa a mentir a proposito de tudo, a roubar, a praticar violencias, etc. Crises de furor que lembram a epilepsia, se constatam. Nota-se irritabilidade constante. Vicios de caracter chamam muito a attenção. Actos

de perversidade que vêm sob a fórma de accessos, são frequentes.

Ha como se diz, um caracter criminal adquirido, que, ás vezes, se associa a symptomas neurologicos caracteristicos e que dependem de uma encephalite epidemica que póde ter sido frusta.

Curioso é que a encephalite epidemica dá perversões do caracter mais accentuadas do que qualquer outra encephalite.

As outras dão mais atrazo de intelligencia e crises epileptiformes.

A cachumba e a febre typhoide são outras doenças infecciosas que muito podem influir na genesis de personalidades psychopathicas.

A heredo-syphilis concorre muito e tem-se prova, além do mais, na efficacia em muitos casos do 914.

O Prof. Gonzalo Lafora, em trabalho muito bem feito em 16 de Maio de 1931, nos Archivos de Medicina, Cirurjia y Especialidades, chamou a attenção para o facto da *predisposição hereditaria* e diz que as personalidades psychopathicas são anormaes constitucionaes, cujas anomalias não foram determinadas pelo individuo, mas pelos seus antepassados. Isto não é, a meu vêr, o que mais vezes occorre, pois dou um grande valor ao elemento infeccioso adquirido, como por exemplo, a encephalite epidemica.

Kirschbaum, em trabalho de Novembro de 1933, dá grande valor ao sarampo, á escarlatina, á coqueluche e á vaccina na genesis de encephalite que torne anormal a mentalidade de crianças.

Póde haver então hyperexcitabilidade geral, agitação motora, falta de concentração emoções violentas, desvios da moralidade, actos anti-sociaes.

Em bem elaborado artigo de Smythe, do Perú, de Julho de 1934, mostra-se que a periculosidade de certas crianças se deve á anormal constituição organica. Esta póde ser de caracter hereditario ou adquirido. O facto occorre segundo Collis, em 70 % dos casos.

Estudando a *herança da personalidade anormal* ou *constituição psychopathica*, o notavel Prof. Honorio Delgado, do Perú, em 1931, define *personalidade anormal* ou *psychopathica*: o nome generico dos desvios individuaes, fóra da normalidade no modo de ser e agir, com soffrimento para o proprio individuo ou para a sociedade. Abrange os *hyperthymicos, periodicos, deprimidos, labeis, impulsivos,*

indolentes, explosivos e *irritaveis, phantasistas, mentirosos* e *embromadores, debeis da vontade e instaveis, fanaticos, pobres de sentimentos e inaffectivos, maniacos da notoriedade e hystericos, asthenicos, paranoides e eschizoides.*

Nas familias dos hyperthymicos, deprimidos e periodicos ha maniacos depressivos.

Os labeis são de personalidade emotiva e nelles ha herança directa e homologa.

No circulo da herança eschizophrenica ha indolentes, pobres de sentimentos e inaffectivos, debeis da vontade e instaveis, fanaticos e paranoides.

Ha impulsivos com familiares que tambem o são. Os explosivos e irritaveis pertencem á familia da epilepsia

Segundo Persch, os instaveis têm na familia 30 % de casos.

Pertencem á herança da hysteria os phantasiadores, mentirosos e embusteiros.

Régis divide os *desequilibrados* em *desharmonicos, originaes e excentricos.*

Nos *desharmonicos* ha uma associação de lacunas e excessos nas faculdades psychicas. E' o feitio clinico que descrevi, sendo que interessante é que commummente não ha normalidade em qualquer dos elementos do arco psychico reflexo, isto é, não ha intelligencia e volição inteiramente normaes, ao lado de uma vida sensorial defeituosa, Frequentemente occorre vêr-se o defeito para mais ou para menos em cada um dos elementos. Ha uma verdadeira desharmonia de elementos que, individualmente, já são differentes do feitio commum.

Esta desharmonia já se constata desde a infancia e é o caso dos meninos prodigios que ostentam um talento precoce, ao mesmo tempo que uma grande irritabilidade e uma notavel sofreguidão em fazer cousas que não são logicas e ponderadas. Commummente ha uma grande desigualdade na vida emotiva e, ás vezes, excitados ou alegres, ficam pouco depois desanimados ou tristes.

Bérillon falla nos aphronicos, isto é, em individuos que têm essencialmente falta de juizo, de continuidade e logica nos actos da vida. Qualquer de nós busca praticar o que é justo e natural, e as convenções sociaes impõem. Com o desharmonico tal não occorre e assim se vê o individuo que, a rigor, se não póde dizer um louco, mas que surprehende pela extravagancia de suas acções.

No typo normal a vida social está em correspondencia com a vida domestica.

E' o caso do individuo que procede bem em suas relações mundanas e, ao mesmo tempo, sabe cuidar de sua familia e ser com ella attencioso. Tal não succede com o desharmonico. Pessimo, ás vezes, na vida intima, mantém um contraste frisante com sua vida publica.

Nos *originaes e excentricos,* além da desigualdade entre o sentir, o pensar e o querer, ha a pratica de uma série de extravagancias que chamam a attenção.

Os originaes que na vida social muitas vezes se encontram, são individuos que, em alguns casos, se caracterisam pelo uso de roupas de feitios extravagantes, em que a moda é ridiculamente exaggerada, em que são preferidas côres muito vivas e em que bem se vê o desejo de chamar a attenção. Outros caminham de modo affectado ou usam de um vocabulario, em que se salientam os termos empolados.

Os *excentricos* gostam muitas vezes de viver isolados, detestando o convivio social. Têm uma linha de conducta em que a extravagancia domina. Fazem o que menos delles se espera, chamando sempre a attenção o contraste entre suas reacções cerebraes e as dos typos normaes.

No typo que Kraepelin chama *nervosidade* e que colloca nos *estados morbidos originarios,* ha predicados que bem permittem englobal-os nos *desequilibrados.*

Estabelece elle como caracteristicos uma "diminuição da capacidade de resistencia contra as cousas nocivas da vida", uma "desharmonia na formação da personalidade psychica", uma "suspensão das relações reaes e naturaes entre as impressões, estados de consciencia e acções volitivas".

Assignala ser ahi frequente a facilidade de cansaço e de distracção. E' isto um testemunho de meiopragia nervosa.

Kraepelin fala num exaggero do conceito de si mesmo e na perda da consciencia da realidade. Não é isso, porém, o que se observa no commum dos desequilibrados.

O exaggero do conceito de si mesmo é mais proprio dos estados paranoides e a consciencia da realidade se não modifica no typo clinico do desequilibrio mental.

Não concordo, pois, com o typo de nervosidade de Kraepelin em todos os detalhes e estou antes de accôrdo com o conceito de Régis.

Não discutirei aqui a *nevrose coacta* e a *loucura impulsiva,* porque pertencem, a meu vêr, á psychasthenia. Ha uma grande confusão em alguns auctores no que con-

cerne á neurasthenia, separando muitos dos seus predicados como um simples testemunho de degeneração mental, quando se trata de uma documentação de exgottamento nervoso.

Kraepelin fala na sua classificação no grupo dos *irritaveis*. São doentes que como seu nome indica, vivem num estado de aborrecimento constante com tudo e com todos. E' o predicado emotivo, caracterisado principalmente pela colera que os domina. Ha uma desproporção entre a morbidez do humor e a anormalidade possivel do raciocinio e da evolução. Ou se tratará de um caso de psychose maniaco-depressiva, ou de desequilibrio mental.

Entre os desequilibrados se comprehendem tambem os *explosivos* ou *impulsivos*, a que pertencem os epileptoides de Kretschmer, os quaes são individuos de reacções bruscas, em curto circuito, de typo physico athletico ou dysplasico, com accentuada reacção vaso-motora por occasião das emoções.

O Prof. Maranon, em Junho de 1936, frisou a importancia do desequilibrio das parathyreoides. Mostrou que a criança irritadiça, turbulenta, é um hypothyreoideu que tem tambem hypocalcemia.

Estudando a *personalidade perversa*, Garrido Quintana, em 14 de Fevereiro de 1935, diz que ha nelle uma debilidade genotypica que impede o desenvolvimento do juizo moral. Birnbaum diz que ha falta de sensações fundamentaes sociaes e altruistas, de sentimento de sympathia, de compaixão, de fraternidade, de respeito aos demais.

Igualmente entre os desequilibrados se deve collocar os *instaveis*. Ahi o elemento deficiente é o volitivo. São individuos que podem ter uma vida affectiva inteiramente normal, o raciocinio perfeitamente integro, mas que não têm estabilidade no querer. Mal iniciam uma acção, logo a abandonam; si tomam qualquer emprehendimento, em geral, o não levam a cabo.

A caracteristica clinica mais interessante delles é a de pessoas que não ficam muito tempo num logar. E' o caso de um medico que iniciando a clinica com proveito numa cidade, passa sem motivo a clinicar em outra, em que, igualmente, pouco persiste.

E' o caso de uma personalidade de grande valor que houve no Rio de Janeiro, que designada a exercer cargos de grande significação social, pouco tempo nelles ficava, pedindo sua exoneração sem um motivo plausivel.

O Dr. Waldemiro Pires Ferreira que exerceu com muita competencia o cargo de assistente extranumerario da clinica psychiatrica e é o Director Geral da Assistencia a Psychopathas, escreveu uma excellente these sobre os instaveis.

Analysa elle a instabilidade intellectual, as suas emoções e suas tendencias.

Si o instavel que commummente o é apenas no querer, tambem o póde ser no sentir e no pensar, merece discussão. Si ha oscillações na vida affectiva e o individuo vive a passar rapidamente da alegria para a tristeza, sempre sem um motivo plausivel, poder-se-ha pensar antes em uma miniatura de psychose maniaco-depressiva, do que em simples estado atypico de degeneração. Por outro lado, a instabilidade intellectual, a que longamente se refere Paulham, é antes um effeito de distração, que póde derivar do dominio de qualquer idéa obsessiva como no psychasthenico, ou de qualquer idéa delirante como no eschizophrenico. Penso, pois. que rigorosamente, instavel só o é quem tal se mostra no querer.

O Dr. Plinio Olinto, estudando com muita competencia a questão da instabilidade nos escolares, mostra que elles mudam frequentemente de classe e pouco tempo ficam numa mesma escola.

Kraepelin, que dá como caracteristica dos instaveis a fraqueza volitiva, assignala que, ás vezes, dão nas escolas grandes esperanças pelo seu talento brilhante, mas geralmente nada chegam a produzir, porque não têm estabilidade.

Cita-se o caso de individuos que aprendem successivamente varios instrumentos, mas não chegam a tocar bem qualquer um.

Ribot diz que a vontade como a intelligencia, tem seus idiotas em varios gráos. Penso que o eschizophrenico poderá ser muitas vezes tido como um idiota da vontade, ao passo que o instavel será sempre um debil da vontade.

Muitos vagabundos e prostitutas são verdadeiros instaveis. Aquelles como nunca tivessem persistencia em qualquer emprehendimento, nada procuraram estudar e aprender e vivem pelo mundo, ao léo da sorte porque nunca procuraram, nem puderam ter estabilidade nos lugares que se lhes deram.

Entre as prostitutas ha tambem instaveis.

Entregaram-se á vida dissoluta, porque não puderam ter estabilidade na vida de familia, nem souberam arcar com

energia do querer os pequenos embaraços financeiros que a qualquer um é possivel, se defrontem.

Acredito que nos instaveis haja um vicio degenerativo que se faz sentir particularmente para o lado das thyreoides, havendo um hyperthyreoidismo, uma especie de basedowismo frusto. Póde o individuo trazer este vicio desde o berço ou adquiril-o mais tarde.

Em optimo artigo do Prof. De Sanctis, de Roma, no Cervello, n.° 2, de 1934, foi assignalado que nos instaveis ha heredo-lues, ou pre-tuberculose, ou degeneração. Diz elle que a instabilidade é um syndromo exclusivo da idade infantil e prepubere.

Klages é o fundador da moderna caractereologia e diz que é mais facil converter um velho em moço do que um psychopatha em não psychopatha.

Goddard, estudando nos Estados Unidos a herança na familia dos psychopathas, como, por exemplo, na familia Kallikak, cheia de anormaes, em grande parte de delinquentes, chegou a conclusões muito pessimistas. No entanto, os modernos Reformatorios e o tratamento pelo 914 e productos opotherapicos realisam verdadeiras maravilhas.

Gregor, estadando as relações entre as personalidades psychopathicas e a delinquencia juvenil, diz que se deve tomar em consideração que certos typos de constituição psychopathica predispõem á delinquencia (vagabundos impulsivos, cyclothymicos-hyperthymicos, pobres de sentimentos, dysforicos, impulsivos, hyperaffectivos), bem como determinadas constellações mesologicas ou condições do meio ambiente como a miseria.

Não ha propriamente um criminoso nato, mas ha um estado de predisposição dado por estes factores.

Em Setembro de 1931, o Prof. Urechia escreveu no Encéphale, um optimo artigo sobre *psychoses de reacção.* Estuda personalidades psychopathicas. Mostra que ahi os choques emotivos podem com facilidade provocar o apparecimento de doenças mentaes.

A herança inflúe muito e se encontram em 50% a 70 % dos casos.

O temperamento mostra-se excessivo. São individuos sensitivos, com uma constituição psychica especial. Apresentam, ás vezes, tendencias impulsivas ou excito-inhibitorias, labilidade emotiva, desigualdade de caracter, susceptibilidade, irritabilidade, tendencias paranoides.

Entre os quadros psychicos que podem demonstrar estas reacções pathologicas, colloca o Prof. Urechia a *nevrose traumatica* e as *psychoses de prisão.*

A *depressão reaccionaria é outra modalidade.* Os doentes apresentam uma asthenia muito pronunciada, acompanhada muitas vezes de hypocalcemia e de uma ligeira alcalóse. A depressão póde ir a tal ponto que a pessoa fique incapaz de se levantar da cama, de se vestir, sentindo um vasio na cabeça, um estado confusional, experimentando uma sensação de mudança da propria personalidade.

Ha idéas delirantes devidas á transformação sub-consciente de complexos. Ha tendencia a se refugiar no inconsciente a esquecer, a evitar lembrar-se do abalo emotivo que causou a doença. Um doente que viu os pais se enforcarem diante delle, negava-se a acreditar na realidade do que se tinha passado.

Pódem ser tambem constatadas *crises maniacas,* com agitação desordenada e inadequada.

Podem tambem occorrer *estados confusionaes e eschizomaniacos.*

As *psychoses de prisão* representam uma modalidade de reacção dos individuos encarcerados. Em trabalho muito bem feito pelo Dr. Luiz Pinto de Toledo, em S. Paulo, em Julho de 1934, e na thése do Dr. Aloysio Camara, de 1925, o qual foi optimo Interno da Clinica Psychiatrica, a questão é muito bem estudada.

São perturbações mentaes que apparecem depois de um tempo mais ou menos longo de reclusão, e que acommettem de preferencia os desequilibrados do systema nervoso.

Rüedin frisou muito bem que não ha uma fórma typica de psychose carceraria, mas sim um quadro, com colorido especial dado pela prisão.

Delirio episodico, confusão mental, eschizophrenia, paraphrenia, syndromos maniaco-depressivos têm sido encontrados.

Na estatistica do Dr. Luiz de Toledo a maioria se constatou durante o primeiro periodo de prisão.

No *instinctivo e no tocado* ha tambem desequilibrio mental. No instinctivo falta essencialmente o poder phrenador cerebral. Os actos são bruscos, sem ponderação. Qualquer excitação sensorial, particularmente da esphera sexual, é acompanhada de reacção prompta e exaggerada.

Os tocados são individuos que chamam a attenção pela extravagancia de seus actos. O povo, que bem os conhece, diz que têm uma "duélla de menos".

Os tocados são aquelles, aos quaes mais commummente o povo applica o nome de desequilibrados. Muitas vezes a vida delles é um desfiar constante de infracções á lei, a que se não subordinam com facilidade, porque suas reacções são intempestivas e absurdas.

Outro grupo de estados atypicos de degeneração é constituido pela *depressão constitucional.* Neste caso ha um desanimo mais ou menos permanente, uma tendencia a encarar tudo pelo lado peior. O abatimento e o desanimo existem desde os mais tenros annos.

Por este motivo, raramente, os deprimidos constitucionaes progridem na vida. Quando se trata de iniciar qualquer trabalho, logo descrêm da possibilidade de sua realisação e o abandonam.

Geralmente, em qualquer phase da vida, se mostram entristecidos. Mesmo nas occasiões, em que mais alegres se deveriam mostrar, a tristeza e o desanimo os dominam.

Todos conhecem doentes nestas condições e o mais interessante é que não raro o meio ambiente se resente do seu pessimismo doentio e desencorajados, desanimam os outros. Cansam-se com facilidade e um trabalho intellectual um pouco mais delicado é o bastante para se collocar noites a fio sem dormir, com dôr de cabeça, muito afflictos.

Frequentemente, o trabalho é interrompido por este cansaço precoce. Demais, é natural que elle se não realise com facilidade, pois vem sempre acompanhado da certeza de que não dará proveito, pela falta de estimulo pelo prazer na sua realização.

Pouco tempo persistem com a attenção em qualquer cousa. Para que o fizessem, seria preciso que tivessem interesse e este é nullo. São muito supersticiosos e qualquer nonada se lhes affigura com um prenuncio positivo de que tudo vai dar máu resultado.

Accusam-se frequentemente de um caiporismo constante. Muitas vezes se apregoam neurasthenicos e dizem que tudo resulta de excessos de onanismo, a que se entregaram quando rapazes. Commummente, o feitio depressivo porém já vem desde o principio da vida. Pensa a familia que a tristeza e o desanimo sejam o effeito de anemia e se esfalfa em dar seguidamente preparados ferruginosos.

Muitas vezes existem idéas hypocondriacas e os doentes cuidam ter doenças muito graves, de cuja cura descreem.

São muito parcimoniosos em suas despesas e vivem constantemente na convicção de que vão ficar na miseria.

Em alguns casos se addiciona á tristeza uma grande ansiedade e ha um quadro clinico que lembra muito o nervosismo.

Não ha allucinações. O nivel intellectual se mostra normal.

A depressão constitucional lembra muito a fórma melancolica da psychose maniaco-depressiva, de que se poderia dizer uma miniatura. E', porém, muito mais duradoura e estavel, não alterna na normalidade dos casos com crises de mania e as idéas de auto-accusação são muito menos pronunciadas.

A *excitação constitucional* representa um quadro clinico que é, exactamente, o contrario deste. Ha individuos que desde o começo de sua vida se revelam sempre de um optimismo extraordinario. Tudo lhes apparece no melhor dos mundos e se entregam a mil emprehendimentos, confiantes sempre no seu successo.

Ha, constantemente, uma ligeira excitação psycho-motora. Mostram-se muito alegres, falam muito e estão sempre numa excitação motora constante. Como haja uma grande exuberancia de linguagem, póde parecer á primeira vista que haja maior capacidade intellectual, quando tal não concorre. Nas reuniões estas pessoas dão a impressão de muito alegres e galhofeiras.

São commummente levianas e turbulentas. Como a movimentação é um tanto exaggerada, ha pequeno poder phrenador cerebral e muitas vezes por causa disto se constatam alterações e rixas. Em geral, ha muito bom humor, mas, si se contraria por qualquer motivo o doente, este se revela de uma irritabilidade e grosseria extremas. Na conducta, estes doentes se assemelham um tanto aos instaveis. Em consequencia da excitação psycho-motora, é raro que tenham estabilidade em qualquer emprehendimento.

Para demonstrar a leviandade com que agem, basta referir um caso de Kraepelin, em que o individuo, negociante de modas, gastou um dinheirão em reclames vistosos de um producto chimico que contractou vender pelo mundo todo, quando, no entanto, nada sabia de chimica, tinha apenas um forno muito ordinario e nunca conse-

guiria vender a quantidade, pela qual se tinha compromettido.

Em consequencia do optimismo e falta de ponderação em seus actos, gastam quanto possúem, e não hesitam em assignar promissorias, de que não conseguirão desembaraçar-se.

O quadro clinico lembra muito o da excitação maniaca, mas della differe, porque representa uma qualidade individual intrinseca, que acompanha permanentemente o individuo. Quer na depressão constitucional, quer na excitação constitucional, o endocrinismo perturbado muito inflúe.

Outro grupo de estados atypicos de degeneração é o dos *pervertidos sexuaes.*

Neste caso póde haver brilho de intelligencia, grande capacidade de acção, dedicação pelos parentes e amigos, mas quando se trata da vida sexual, a anomalia se constata.

Entre elles ha a consignar os *onanistas,* que iniciando a pratica condemnavel quando a puberdade se revela, não abandonam o vicio durante toda a vida e vão a ponto, como num caso que conheço, de se onanisar ao lado da propria esposa, no leito.

Outros não querem saber de relações sexuaes, evitam pessoas de outro sexo e vivem escondidos a se onanisar.

Em alguns casos, ao onanismo se somma o *exhibicionismo.* Neste ultimo caso tem o individuo um grande prazer em estar exhibindo os orgãos sexuaes diante de pessoas de outro sexo, urinando em publico ou apregoando qualidades physicas que não possúe. Os *fetichistas* têm o prazer sexual, não pelo contacto de uma pessoa de sexo opposto, mas pela simples contemplação de uma parte desta ou pelo simples manuseio de objectos de seu uso.

Tenho um cliente que roubou uma camisa da namorada e vive a ter volupia sexual, collocando esta peça de vestuario entre as pernas.

Outro colleccionára uma série de madeixas de namoradas e se deleitava em contemplal-as. Outros se apaixonam pelos pés bem feitos de uma creatura, ás vezes, bem feia. Os fetichistas levam a fazer poesias, enaltecendo cabellos, pés, pescoço, etc., de pessoas, com as quaes, em muitos casos, não chegariam a conseguir ter relações sexuaes.

No *sadismo* o individuo só consegue ter o prazer sexual quando traumatisa a pessoa, com quem exerce a copula. Ora são dentadas, ora arranhões, ora soccos, ora chicotadas, e alguns como o marquez de Sade e Jack, o estripador, vão a ponto de ferir e matar, para que tenham o orgasmo.

No *masochismo* ha exactamente o contrario. O individuo só tem prazer quando apanha, quando é machucado.

Bianchi refere o caso de um impotente que ia a um conventilho receber ponta-pés no peito e na face, dados por meretrizes, e com isto tinha prazer sexual. Ha mulheres, donas de conventilhos, que bem conhecem estes individuos e lhes arranjam mulheres que procuram logo traumatisal-os.

Riparophylia ha quando o individuo só tem prazer naquillo que aos outros causa nojo. E' o caso do individuo que tendo uma mulher bonita e limpa, só tem prazer em andar com pretas sujas. Outros só têm prazer com mulheres que estejam incommodadas.

Os *estercorarios* e os *urinarios* procuram mulheres que estejam sujas de fézes ou de urinas.

Ha *satyriase* ou *nymphomania* quando homens ou mulheres têm exaggêro no desejo sexual e se não saciam com facilidade.

Ha *erotismo platonico* quando o individuo vive a idealisar copulas que não consegue realisar.

Ha *inversão sexual* ou *uranismo* ou *homo-sexualidade constitucional* quando o individuo não tem prazer em ter relações sexuaes com as pessoas do sexo opposto e sim com as do mesmo sexo.

Em alguns casos ha apenas o uranismo casto e, portanto, o simples desprazer em estar junto de pessoas de outro sexo.

Ulrich dizia que ha verdadeiramente "anima muliebris in corpore virile inclusa". Todos os predicados de paixão, ciumes, etc. que se encontram nos amorosos, se verificam nos pederastas.

Quer no pederasta activo, quer no passivo, ha a preoccupação de exclusividade na posse. O pederasta passivo leva a perfumar-se e usar vestuarios que lhe accentúem as fórmas, desejoso sempre de que o seu companheiro o prefira a qualquer mulher. Em geral, o homosexual já se patenteia desde a puberdade. Ha aversão pelas mulheres com que se não casam, mas si tal occorre, ou não

insistem em buscar a copula normal, ou em pouco tempo abandonam a esposa e vão á cata de qualquer rapazelho.

No caso de pederastia passiva, ha, não raro, impotencia por falta de prazer com o outro sexo. Hirschfeld disse que em 1.500 uranistas por elle observados, sempre encontrou qualquer caracteristica physica de feminilidade, cabellos longos e sedosos, seios um pouco desenvolvidos, voz feminina, etc. Parece, porém, que a Tanzi assiste razão quando diz que não é isto o commum, sendo que o typo feminino é impresso artificialmente pelas pinturas e artificios de vestuario.

Interessante é como nos pederastas se desenvolvem scenas de ciúmes que vão, ás vezes, até o assassinato como si se tratasse de casaes normaes.

Ha casos de mulheres que não querem saber de homens e vivem com outras mulheres como si fossem casaes. Um caso conheci eu de uma que abandonou o marido, e vivia amasiada com outra mulher, a quem prodigalisava affagos e com quem gastava quanto ganhava. Em outros casos, o papel, em vez de ser activo é passivo, e então escolhe a doente uma mulher de typo viril, magra, ossuda, abundantemente fornida de pellos.

Ha typos como os androgynos e os gynandros, em que ha apenas predisposição, mas nos quaes póde haver um rosto liso, sem pellos, voz feminina, seios desenvolvidos, cadeiras amplas, etc. ou buço grosso, ossos salientes e voz grossa.

Mais tarde podem estes tornar-se typos perfeitos de pederastas.

Muito se tem discutido a respeito da genesis do uranismo. Uns acreditam numa influencia do meio e num vicio de educação, outros pensam num elemento degenerativo constante. Esta ultima interpretação é a mais razoavel. Ha fatalmente nestes casos uma falta de equilibrio mental que não permitte haja o poder phrenador cerebral, nem tão pouco persistam noções de ethica e esthetica que inhibam o indiviuo de praticas tão degradantes. Segundo a theoria de Steinach a homosexualidade seria produzida por uma glandula da puberdade hermaphrodita, glandula que elle differencia das que produzem as cellulas germinativas e possivelmente das que segregam os productos endocrinicos e tropicos.

A *bestialidade* é outro typo de perversão sexual, em que o individuo só tem prazer em ter relações sexuaes

com animaes. De *necrophylia* vi um caso no Hospicio, em que o doente buscava á viva força ter relações sexuaes com cadaveres.

Modernamente acredita-se que o pervertido sexual assim o seja, por trazer na sua personalidade psychopathica disturbios de glandula de secreção interna.

Segundo Steinacha homosexualidade seria, produzida por uma glandula da suberdade, hermaphrodita, que elle considera differente das que produzem as cellulas germinaes e das que segregam os productos endocrinos e trophicos.

No entanto, Bauer, no seu Tratado contesta a realidade do que Steinach affirma, da existencia de cellulas incretoras de glandula sexual feminina, incluidas nos testiculos de homens homosexuaes.

Kreuter observou que enxertando à glandula testicular de um homosexual em um individuo que soffrera a castração seja tuberculosa, havia augmento da libido, porém não o homosexualismo. Hegar, analysando o typo dos homosexuaes, diz que nelles predominam os predicados femininos.

Bauer diz que a intersexualidade constitucional no homem não é de origem endocrina e sim, autochtone chromoxonica, isto é, dependente de uma qualidade germinal e reaccional especial dos orgãos da acção.

Prova de que glandulas de secreção interna possam influir na intersexualidade, ha no facto de individuos inteiramente normaes sob o ponto de vista sexual, se tornarem homosexuaes em consequencia de tumor das supra renaes ou da região testicular, com a circunstancia interessante de desapparecer o vicio depois da operação.

Halban mostrou que mulheres se tornaram homosexuaes por um tumor no ovario. Hermanner assignala casos de intersexualidade em mulheres que tinham grande abundancia de pellos.

Bonhoff cita casos de gynecomastia familiar.

Curiosa é a experiencia de Steinach que mudou o sexo de cobaias e ratos jovens, tirando as glandulas sexuaes e enxertando as do outro sexo, de animaes da mesma especie e da mesma ninhada.

Sawadovoski conseguio a mesma cousa em gallos e gallinhas.

Como bem diz o talentoso Prof. Afranio Peixoto, si a sexualidade é um hormonio, será um hormonio predomi-

nante em um dado momento. A inversão sexual póde ser provocada artificialmente.

Candroit e Pezard mostraram que tirando um dos ovarios de uma gallinha, ella adquire caracteres masculinos.

Kraepelin e Krafft-Ebbing disseram que as inversões e perversões sexuaes são producções sociologicas, educativas que occorrem em individuos predispostos somaticamente ao desequilibrio sexual.

O Prof. Afranio Peixoto diz que a hygiene opotherapica ou endocrina é que poderá corrigir a homosexualidade que depende de uma dysharmonia.

Kraepelin colloca na sua ultima edição no grupo das *psychoses de relação* (homilopathias) a *psychose induzida* e o *delirio dos surdos*. Daquella ha muitos casos devidos ao espiritismo. Este nada tem que ver com elle. E', a meu vêr, uma variedade de delirio episodico. Possúo actualmente um caso clinico muito interessante. E' um rapaz surdo que como tal muito desconfiado, começou, de repente, a ter muitas allucinações, em que escuta os empregados urdirem tramas contra a vida delle e buscarem assustal-o com declarações de que pai e irmãos tenham fallecido. Ha crises de grande excitação psycho-motora, em que florescem as allucinações do ouvido, havendo tambem allucinações da vista, do olfacto e da sensibilidade geral.

No delirio dos surdos ha frequentemente crises de grande ansiedade. Não ha disturbios na comprehensão e na orientação.

Ha como base um sentimento de falta de segurança e o delirio persecutorio existente faz com que o individuo viva sempre com medo e muito desconfiado.

Não raro, notam-se phases de distracção, em que o doente, entregue ás suas allucinações e á sua expectativa ansiosa do mal que pensa lhe vai advir, não dá conta do que se lhe pergunta, mesmo que em voz muito alta o quesito lhe seja feito e se não possa appellar para o facto de não ter sido ouvido.

Na penultima edição de seu tratado, Kraepelin collocava entre as personalidades psychopathicas o *criminoso nato*. Judiciosamente, na ultima edição, supprime este typo clinico que não existe. Foi uma concepção de Lombroso que muito deu que falar. Era um individuo que nascia, já preparado a ser criminoso. O crime era uma resultante das condições physicas e psychicas do individuo.

Dizia Cesar Lombroso, em 1895, na 5.ª edição italiana do "L'uomo delincuente", que o delicto era um producto de tres factores: o atavismo, a loucura moral e a epilepsia.

Frisava elle haver analogia entre o louco moral, o criminoso nato e o epileptico.

O typo de louco moral foi creado em 1835 por Pritchard, abrangendo aquelles typos degenerados, em que ao lado de uma intelligencia muitas vezes brilhante ha uma verdadeira loucura dos sentimentos. Mostram-se compromettidas as noções de ethica. e esthetica. Ha um verdadeiro desapêgo pelas pessoas que mais deveria prezar. Desde criança, o seu maior prazer era apreciar o soffrimento. Animal que lhe cahia nas mãos, era logo martyrisado. Amarrava latas nos rabos dos animaes, chamuscava o focinho delles, fisgava-os com alfinetes, torturava-os de mil modos. Não existia nelle a compaixão que o sentimento alheio sempre inspira. Não hesitava na pratica de furtos, collocando sempre o seu desejo de gozar a vida acima de considerações de qualquer ordem. Mendel e Biswanger dizem que só é possivel a loucura moral nos imbecis ou paranoicos. Isto, no entanto, não é verdade, pois é fundamental nella o comprommettimento das faculdades sensoriaes mais elevadas, sem que haja um concomitante prejuizo da intelligencia. Esta tanto póde mostrar-se deprimida, como normal ou augmentada.

Os caracteres que assignalam o louco moral, diz Lombroso, são os mesmos que se encontram no criminoso nato. Demais, este tem um feitio que lhe é proprio. E' a chamada face patibular que já mostrava que o individuo teria de acabar no patibulo.

Nella se destaca o grande prognatismo do maxillar inferior, havendo, demais, exaggêro da grande envergadura, asymetria facial, saliencia dos malares e das arcadas superciliares, a presença da fosseta infra-occipital e do appendice lemuriano.

O individuo que tinha taes predicados, estava destinado ao crime. Admittia-se tambem o criminoso de occasião, accidental, mas aquelle typo anormal que abundava nos presidios, era o que mais vezes o commettia.

Nos Congressos de Paris e de Bruxellas, de 1889 e 1892, muito foi atacada a doutrina de Lombroso e estabelecidos os fundamentos da escola moderna do direito.

De facto, as leis que num paiz vigoram, não são as mesmas que regem todos os outros. Aqui, o mais hediondo

dos crimes é assassinar o proprio pai. No entanto, entre os indios, em algumas tribus, quando está o pai muito envelhecido, os filhos o matam e o comem, convictos de que fazem um grande beneficio, e de que é mais honroso para elle ficar na barriga dos filhos do que collocado debaixo da terra.

Nunca se deve tomar em consideração o facto abstracto do crime e sim o caso do criminoso. Qualquer um póde tornar-se criminoso. Depende da occasião e do meio. Para provar que este inflúe consideravelmente, basta que se lembre que um individuo de costumes puros e honestos, collocado demoradamente no meio de ladrões e assassinos, depois de alguma resistencia natural, começa a conformar-se com esses habitos e a adoptal-os, sem que se note depois de algum tempo a menor differença entre elle e os que já estão bem affeitos ao meio. Por outro lado, si collocarmos um criminoso demoradamente num meio puro, ver-se-ha como elle se transforma e consegue no fim de algum tempo encarar como um acto indigno o que antes se lhe afigurava a cousa mais natural deste mundo.

Em qualquer hypothese ha sempre a resistencia determinada pelo caracter do individuo.

E' esta a qualidade que num individuo que actualmente procede bem, preceitúa que amanhã elle agirá do mesmo modo. Si o meio actuar fortemente, pelo caracter elle reagirá ainda durante algum tempo. Depois baqueará. Terá de amoldar-se ao meio. Ficará inteiramente identificado com elle. Se qualquer de nós, mesmo luctando com grandes difficuldades, encontrar deante de si um cofre aberto, cheio de dinheiro, não roubará, porque no momento em que estiver induzido a fazel-o, lembrar-se-ha de que seu pai o não faria, de que a educação que recebeu, lhe demonstra que isto é um acto deshonesto, e resistirá, ainda que vá curtir fome. Do mesmo modo, em relação ao assassinato. Uns commettel-o-hão sem detença. Outros resistirão ou o não farão, pois o seu caracter lhes demonstra que não devem matar.

Si o meio agir, porém, demoradameinte e de modo nocivo, o caracter se transformará e o acto delictuoso virá a ser praticado.

A resistencia dar-se-ha, porém, apenas, enquanto a nossa auto-critica estiver presente.

Si se receber uma bofetada que se tem como uma offensa das mais aviltantes, acudirá logo o desejo de des-

fórra e si se tiver á mão um rewolver, falhará a analyse demorada do modo de proceder e um crime se dará.

Qualquer um de nós, de costumes mais puros, não póde affirmar de manhã que á noite não seja um assassino. Por um attricto qualquer com um sujeito desconhecido da rua, é por elle esbofeteado e o mata. Tornou-se por um impulso de momento um assassino.

Uns estarão mais predispostos do que outros. Isto não quer dizer que haja um pobre infeliz criminoso nato, que ao nascer já traga a certeza de que vá commetter um crime.

Si o meio póde transformar qualquer um para melhor ou para peior e si a occasião póde provocar um reflexo insopitavel e nocivo ,como admiittr o absurdo de que para alguns o acto delictuoso seja uma condição innata?

Pela doutrina do livre arbitrio qualquer um tem sempre a faculdade de fazer ou deixar fazer o que bem lhe aprouver; pela doutrina do determinismo, são as circumstancias de occasião que vão suscitar a reacção.

Pelo determinismo bem se concebe a influencia do meio. Esta doutrina se conforma com as considerações que tive ensejo de adduzir, e que são perfeitamente logicas e veridicas.

O crime não deve ser tido como uma abstracção juridica. Deve-se tomar sempre em consideração o facto concreto, o acto delictuoso, e, no commental-o, se collocar na situação de quem o fez. Só assim se poderá fazer bôa justiça.

Lacassagne disse com razão que "a sociedade é o caldo de cultura da criminalidade, o microbio é o criminoso". Como bem assignala Afranio Peixoto, "sem o caldo não podia cultivar-se o microbio, sem a sociedade não haveria criminosos".

Tarde, Colajanni e Lacassagne são de opinião que bastam condições sociaes funestas, para que se gére o crime.

A escola classica do direito, de que é pregoeiro Carrara, diz que o crime é uma infracção e a pena uma repressão, que cada um é livre de querer ou de não querer, admittindo, portanto, o livre arbitrio.

A escola positiva do direito diz que o crime é uma acção anti-social que descobre o criminoso, sempre temivel, e que a pena é o recurso para o intimidar e refreiar.

Della são variantes a escola anthropologica e a eclectica. Aquella diz que o meio vai agir sobre um individuo anomalo, tarado de nascença, esta diz que são as condições sociaes defeituosas que vão ser a causa de tudo, sem que haja qualquer vicio individual anterior.

Sou de opinião que o determinismo e a escola positiva eclectica encaram perfeitamente bem o acto delictuoso.

Quando Lombroso procurou identificar o criminoso com o epileptico, procurava accentuar elle que em ambos havia insensibilidade moral. Não ha tal e isto é antes predicado do louco moral, do que do epileptico. Anthropologicamente, o delinquente seria um mal adaptado ao meio social, equivalente a um selvagem, e psychologicamente, um louco moral e epileptico.

Interessante é que Lombroso dizia que entre as degenerações que acommettem a especie humana, ha uma de caracter epileptico que se manifesta pela epilepsia classica pela criminalidade, pelo genio.

O epileptico, o criminoso e o homem de genio pertenciam a uma mesma familia de degenerados. Moreau de Tours chegou a dizer mais tarde que o genio era uma neurose. Comprehende-se bem como será absurdo dizer-se que um homem que se destaca pelo seu grande talento, pelas suas descobertas assombrosas, seja um testemunho de degeneração da raça.

Quanto a assignalar semelhança entre o epileptico e o criminoso, porque em ambos haja os mesmos estygmas degenerativos e manifestações psychopathicas semelhantes, é outro engano.

Si qualquer um póde tornar-se criminoso e, portanto, póde o acto apresentar-se immune de qualquer caracteristico comicial, claro está que não será logico admittir a identidade entre ambos. Os estygmas physicos degenerativos têm valor muito secundario e só merecem maior attenção, si collecionados em grande numero. As manifestações psychopathicas dos degenerados tambem não são identicas ás dos epilepticos.

Lombroso dividiu os criminosos em loucos epilepticos, loucos moraes, criminosos natos, criminaloides e criminosos por paixão. Em qualquer delles admittia um fundo epileptico essencial.

A classificação de Ferri, que é muito mais perfeita e está mais de accordo com as idéas modernas, admitte cinco

classes: criminosos natos, criminosos loucos, criminosos habituaes, criminosos de occasião e criminosos por paixão.

O typo do criminoso nato não deve ser acceito.

Como bem diz Afranio Peixoto, o louco e o criminoso louco não differem entre si. Este nada mais é do que aquelle, após haver commettido um crime. O criminoso habitual é um testemunho de degeneração ou uma resultante da acção irritante e reiterada do meio.

Criminoso de occasião qualquer um póde ser, e criminoso por paixão é aquelle que é victima de uma obsessão ou de um impulso.

Kraepelin colloca entre as personalidades psychopathicas os *mentirosos morbidos* e *fraudadores, anti-sociaes* e *disputadores.*

Os *mentirosos morbidos* e *fraudadores* são typos de desequilibrio mental, em que o individuo não tem o criterio moral preciso, para se isentar da mentira. Mente por habito, mente por gosto, e á força de andar contando cousas inventadas, chega a ponto de misturar factos imaginarios com os reaes.

Delbrück, com seu typo de pseudologia phantastica, engloba bem estes doentes.

Kraepelin dá como predicados: hyperexcitabilidade da imaginação, defeituosa fidelidade mnemonica e instabilidade no campo dos sentimentos e da vontade.

Em consequencia da imaginação muito viva, dão a impressão de uma grande intelligencia, quando, no entanto, bem apurada a essencia do raciocinio, transparece, ás vezes, um fundo de debilidade. Na rememoração dos factos occorridos, frequentemente são elles deturpados pela imaginação creadora que enxerta nos acontecimentos reaes, cousas que não occorreram.

Si os mentirosos morbidos são censurados pela serie de inventivas que vão apregoando, não se molestam grandemente com o facto, nunca dão o devido valor a qualquer questão.

O humor é, em geral, prazenteiro, a menos que não vivam a ser fiscalizados em suas mentiras, caso em que ficam muito irritados.

Kraepelin, analysando a pseudologia phantastica, diz ser ella uma fórma de degeneração e admitte a possibilidade de se englobarem os seus doentes entre os instaveis e os de excitação constitucional. O predicado fundamental

me não parece ser nem a instabilidade, nem a excitação constitucional. E' a falta de equilibrio psychico, de pleno desenvolvimento das noções de honra, de perfeita organização do caracter, que faz com que o individuo se não péje de occupar tão mal o seu tempo.

A's vezes, as mentiras são de tal ordem que entram para o ról das phantasias. O doente não pondéra que difficil será, se lhe dar credito. Insiste em suas affirmativas mentirosas.

Conforme o thema das mentiras, póde elle entrar no ról dos calumniadores. Estes são ainda mais degradados sob o ponto de vista do caracter. No que dizem, ha grande perversidade e prejuizo a terceiros. Conscios de que é uma infamia o que vão dizendo, não se cohibem, ou porque sejam mentirosos morbidos, ou loucos moraes.

Os fraudadores procuram lograr outros individuos. São degenerados que vivem a procurar negocios, em que os outros são explorados ou roubados. Acenam com mil garantias imaginarias, apresentam tudo sob um prisma dos mais optimistas, mas, no intimo, sabem bem elles que os outros vão ser compromettidos. E' ainda ahi a falta de caracter que tudo domina.

Os *antisociaes* e *disputadores* devem ser antes englobados no syndromo paranoide dos estados atypicos de degeneração.

São individuos que se não adaptam bem á sociedade e com ella vivem em constante lucta. A proposito de qualquer nonada, mantêm grande altercação. São aquellas pessoas que vivem retrahidas, tidas como desconfiadas e exquisitonas. São as que na rua vivem a comprar brigas e a questionar com visinhos por uma causa frequentemente bem futil.

Ha, não raro, um estado de irritabilidade mais ou menos permanente, mórmente quando o meio se não complasma com suas idéas.

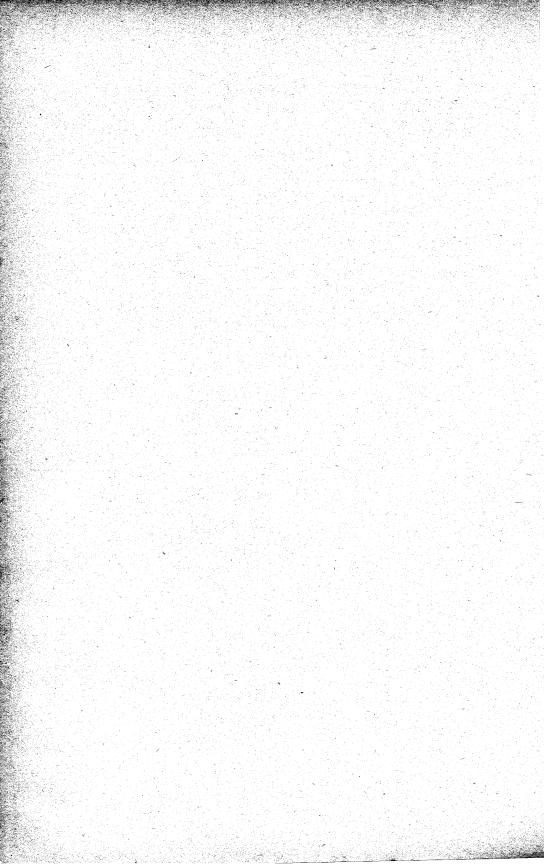
O feitio paranoide é ahi positivo.

Os estados atypicos de degeneração podem bem ser divididos nas cinco grandes classes que estabeleci: *desequilibrio mental, depressão constitucional, excitação constitucional, perversões sexuaes* e *delirio episodico espirita.*

O *delirio espirita episodico,* entidade clinica que criei e fundamentei em Conferencia Clinica que fiz no dia 22

de Março de 1936, na Clinica Psychiatrica da Universidade de Paris, em missão scientifica do Instituto Franco Brasileiro de Alta-Cultura, merece, pela sua importancia, um capitulo á parte, que a este se segue.

Tudo quanto ahi se não contivér, será bem collocado nos syndromos que representam um enxerto que qualquer entidade clinica póde ter. Será o syndromo paranoide, será o confusional, será o maniaco-depressivo, etc. Destacar-se-ha a predominancia dos estygmas psychicos dos degenerados, a que se virá additar como um enfeite, a miniatura de typos psychiatricos com seus caracteres fundamentaes.

Nunca será o desvio de um typo primitivo, idéal, perfeito, e sim a desorganização da harmonia mental que estabelece a proporcionalidade do sentir, pensar e querer e permitte que a nossa auto-critica esteja, a cada passo, a intervir em todos os actos de nossa vida de relação.

DELIRIO ESPIRITA EPISODICO

Delirio espirita episodico é o nome que dou a uma modalidade clinica de doença mental que se encontra com relativa frequencia nos asylos de alienados. Por todos os especialistas tem sido ella constatada, mas o facto é que designações outras lhe têm sido dadas, em outros grupos clinicos tem sido collocada, havendo a meu vêr uma grande confusão no seu estudo, collocando-se predicados de fórmas varias, de mistura uns com outros.

E' uma modalidode dos *estados atypicos de degeneração* (*personalidades psychopathicas*) e em 1916, no artigo que escrevi para o Formulario do Brasil Medico, dei-lhe o nome de *delirio episodico dos degenerados*. Em Paris, na Conferencia que fiz em 22 de Março de 1936, na Clinica Psychiatrica, mudei-lhe o nome para *delirio espirita episodico* que melhor caracterisa o quadro clinico e que está mais de accordo com as idéas modernas que tomam preferentemente em consideração a constituição e a personalidade, mais do que o simples predicado degenerativo. O sabio Prof. Georges Dumas, Presidente do Instituto Franco Brasileiro de Alta Cultura, achou que o nome actual é preferivel ao outro e lembra melhor os predicados clinicos da entidade clinica que descobri, além de pôr de lado a designação — degenerado — que elle entende ser palavra que vai cahindo em desuso.

Como *delirio episodico* entendo uma doença mental que se caracterisa por um delirio que surge de repente em consequencia de um choque emotivo, o qual se fundamenta em allucinação e é pouco duradouro, tendo, no entanto, a capacidade de se repetir com relativa facilidade.

Commummente se desenvolve pela frequencia de sessões de espiritismo, não do espiritismo scientifico que é estudado por muitos sabios e deve ser respeitado. E' cousa muito differente deste: é o espiritismo de pessoas sem

instrucção que acreditam facilmente em cousas absurdas. São pessoas que têm algum soffrimento physico ou moral e que em vez de procurarem a cura por meio de um medico ou de um sacerdote, vão procurar a sessão de espiritismo para a cura de seus males. Ha muitos casos no Rio de Janeiro e em todo o resto do Brasil.

Em geral trata-se de um homem astucioso que explora os pobres crentes. Ha um intermediario, é o *medium*, frequentemente uma hysterica ou alguma psychopatha. Elle procura convencer aquella pessoa que a elle recorre de que o soffrimento que ella tem, é o effeito da acção de uma pessoa já fallecida, transformada em *espirito* que se introduzio no corpo do doente, que o possúe e o tortura.

Outras vezes o espirito se colloca ao lado do doente, dá-lhe aquillo que na linguagem delles se chama um *encosto*.

Demonstra ao que vai procurar seu tratamento, que seus soffrimentos não dependem de doenças dos orgãos, mas unicamente desta influencia extranha e nociva.

O pseudo-curador diz que o paciente aborreceu uma pessoa já morta que se vinga, tomando conta delle e o martyrisando.

As sessões são muito frequentadas. Muitas pessoas se reunem em uma sala pequena. O *medium* fica no meio. O chefe, ao lado do *medium*. Aquelle suggestiona este e lhe diz que invoque um espirito conhecido. O *medium* se põe a tremer, solta grandes gritos, salta, agita-se muito. Vê-se muito frequentemente o que se observa no cinema, nessas dansas de negros, com seus movimentos extravagantes, suas contorsões e seus gestos.

Neste momento são interrogados os consulentes e cada qual diz seu soffrimento physico ou moral. Cousa interessante é que o espirito só receita remedios da homeopathia, o que contraria muito os medicos homeopathas. Os medicamentos devem ser comprados numa pharmacia sempre a mesma, que paga ao pseudo-curador, além do que elle recebe do consulente.

Muitas vezes é uma causa moral e procura-se um bom espirito que possa destruir o máu espirito. Ha tratamentos mais ou menos caros. Depende o preço do esforço para retirar o máu espirito.

As sessões finalisam quasi sempre com crises de nervos e um estado geral de excitação mais ou menos intenso.

Quando o doente chega de volta á casa, vem muito impressionado. Pensa muito no que viu. Mais tarde, prin-

cipalmente no meio da noite, começa a ouvir vozes de pessoas mortas que lhe dirigem muitos insultos e ameaças. Sente disturbios da cenesthesia, isto é, disturbios da sensibilidade interna que lhe dão a convicção de ter sido actuado pelos espiritos.

Não póde mais dormir. Fica com um medo extraordinario. Sua agitação fal-o soltar grandes gritos e fazer grandes movimentos. Ha sempre allucinações do ouvido e da cenesthesia.

O delirio depende directamente das allucinações e estas apparecem de repente, depois da visita á sessão de espiritismo. E' evidente que ha pessoas que visitam as casas de espiritismo e que não ficam loucas. Ha sempre uma questão de meiopragia. Mas aquillo que se encontra muitas vezes, é a impressionabilidade e o delirio. Uma cousa a discutir é si estas pessoas já não eram doentes mentaes antes da sessão. Não, absolutamente. Não apresentavam antes qualquer perturbação mental. Ha certamente delirios episodicos que não têm como causa o espiritismo. Mas no nosso povo este motivo é muitissimo commum como causa do delirio.

As allucinações surgem sem preparo previo como si se tratasse de uma onda delirante, correspondendo exactamente ao que os francezes chamam *bouffée délirante.* Estes delirios espiritas episodicos são muito mais communs nas classes populares do Rio de Janeiro do que nos outros meios. São tambem muito mais frequentes no Brasil do que na Europa.

Qual é o motivo? Supponho que se trate de falta de instrucção. Si nestes ultimos tempos o analphabetismo tem-se tornado menos commum entre nós, é verdade que ainda existe em grande numero. Nos negros, particularmente, elle se encontra com grande frequencia, em parte por causa da herança africana, com suas crenças e suggestibilidade facil.

Ha a preoccupação do que se passa depois da morte. Ha o mysticismo com todas suas idéas extravagantes. As sessões procuram sempre impressionar. E como ellas dão um bom resultado pecuniario, multiplicam-se, acarretando a loucura.

Algumas vezes ha uma questão de contagio mental e numa casa muitas pessoas passam o delirio de uma para outra.

Como se mostre o doente muito excitado, a gritar muito, a saltar de um lado para outro, póde haver a impressão de que se trate de um caso de *psychose maniaco depressiva.* No entanto, nesta, em que tudo póde surgir como o effeito de um abalo moral, ha ausencia de allucinações ou desempenham estas um papel muito secundario.

No *delirio episodico* ha principalmente allucinações do ouvido e da cenesthesia. O individuo que frequentou sessão espirita, por exemplo, já receioso e assustado, começa de repente a ouvir e sentir cousas extranhas.

Desde logo elle acredita na realidade do facto allucinatorio. Fica inteiramente dominado por elle.

Como são cousas que apavoram, torna-se-lhe impossivel manter a tranquillidade. O delirio mantem-se mais ou menos encadeiado. Póde haver allucinações da vista, do olfacto, do gosto, mas isto não é o commum.

Na quasi unanimidade dos casos ha muitas *allucinações do ouvido e da cenesthesia* e apenas estas.

A lucidez mental em relação a tudo mais é quasi sempre normal; no entanto, algumas vezes associa-se um estado confusional, mais ou menos accentuado. Quando se consegue affastar o doente do campo de suas allucinações, elle responde certo ás perguntas que se lhe façam. O estado allucinatorio que domina o doente, impede que elle durma bem e influe poderosamente no seu estado emotivo. Contrariamente ao que occorre nos casos de *eschizophrenia,* não ha perda da affectividade, nem da iniciativa. O doente não cria raiva das pessoas normalmente amigas: desinteressa-se, porém, dellas, por isto que egoisticamente só se preoccupa em se libertar dos espiritos que o perseguem. Já houve caso, porém, no Hospicio do Rio, em que a mulher doente, dominada pelas ordens dos espiritos, matou com uma foiçada certeira o marido que cansado do trabalho, se puzéra a dormir e no qual ella personificára um espirito máu.

Não ha falta de iniciativa e já vi doente que cahiu debaixo de um automovel quando procurava fugir do Hospicio e se libertar dos espiritos que lá acreditava haver.

O *delirio episodico* depende sempre de *allucinações,* não existe sem estas.

Póde depender de outra causa de emoção que não o *espiritismo.* Isto é, porém, muito menos frequente.

Discute-se si a pessoa que ficou alienada pelo espiritismo, já não era antes uma doente mental. Argumenta-se

com o facto de haver muita gente que frequenta sessão espirita e não fica alienada. Ha evidentemente um estado de *meiopragia mental* que faz com que o individuo seja muito impressionavel e delire com facilidade. Muito commumente, a não ser este estado meiopragico, nada houve anteriormente. Raramente o individuo era alienado antes do espiritismo.

Póde-se dizer *delirio episodico dos degenerados*, por isto que elle occorre nestes que são pessoas que têm *meiopragia mental*, que têm como qualidade fundamental, o desequilibrio do seu estado mental, que têm uma facilidade extrema para delirar, deante de cousas, ás vezes, sem uma grande importancia.

Idéas de perseguição são as que dominam o quadro clinico.

Idéas religiosas, idéas melancolicas pódem coexistir, sempre, porém, num plano muito secundario. Quando ha tristeza, não ha idéas de auto-accusação, o que é predicado fundamental da melancolia que pertence á psychose maniaco-depressiva.

Bornstein publicou no *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, tomo VII, um trabalho "estudos psychopathicos dos degenerados", em que se diz que "os estados psychopathicos dos degenerados são as reacções morbidas destes individuos ás condições desfavoraveis da existencia". Ahi ha a referencia ás condições desfavoraveis da existencia, o que póde tambem determinar o *delirio episodico*. Ellas se sommam á influencia preponderante do espiritismo.

O *delirante episodico* não tem o menor abaixamento do nivel intellectual.

As idéas delirantes são mais ou menos brilhantes, conforme a capacidade intellectual que o individuo anteriormente possuia.

Cessa o delirio, logo que desapparecem as allucinações.

Pesquizando-se o reflexo oculo-cardiaco, verifica-se que elle se mostra frequentemente invertido, isto é, ha *sympathicotonia*, contrariamente ao que occorre na *psychose maniaco-depressiva*, em que ha *vagotonia*, o que constitúe um recurso valioso para diagnostico differencial.

Descriptos os principaes symptomas do *delirio episodico*, pergunta-se si ha razão de ser em *individualisar* esta forma clinica e lhe dar esta designação? Em todos os tempos

sempre existio esta modalidade clinica, dando-lhe os observadores especialistas designações inteiramente outras.

Houve quem designasse isto — *psychose maniaco — depressiva.* Acho que não é a mesma cousa. No *delirio episodico* tudo depende de allucinações, na *psychose maniaco-depressiva* estas não existem ou desempenham papel muito secundario. Quem o diz, não sou só eu e sim todos os mestres da especialidade.

Kraepelin diz que na *psychose maniaco-depressiva* ha mais illusões do que allucinações e quando estas existem, nunca attingem á lucidez sensorial, com que se apresentam na eschizophrenia e alcoolismo. Diz elle que quando ha allucinações, deve-se cogitar antes em estados depressivos e estuporosos. Accrescenta elle que na psychose maniaco-depressiva os doentes não repetem phrases longas que os estados delirantes lhes tenham feito ouvir e sim, apenas, um resumo dellas, ao passo que no delirio episodico tenho ouvido os doentes repetirem detalhes das phrases ameaçadoras que elles acreditam estar escutando.

No dia 4 de Outubro de 1926 escrevia Kraepelin o prefacio da 9.ª edição do seu Tratado, já agora em collaboração com Lange, e no dia 7 de Outubro fallecia de repente. Nelle se vê que elle mantinha as mesmas idéas em relação ao assumpto, pois falava apenas em possibilidade de allucinações na psychose maniaco-depressiva.

No Tratado de Oswaldo Bumke se lê que os disturbios sensoriaes (preferentemente illusões) pertencem quasi exclusivamente ás formas graves da melancolia angustiosa no climaterio e ás melancolias hystericas. Quando ha muitas allucinações, diz elle, ha confusão mental. Naquella, os equivocos sensoriaes não apresentam grande vivacidade.

Gruhle diz no seu *Tratado* que na mania ha uma falsa interpretação e não allucinação.

No *Tratado* de Bleuler se lê que na loucura maniaco-depressiva ha como symptomas accessorios, illusões e allucinações da vista, mais raramente do olfacto e do gosto (as do tacto e cenesthesia não cabendo aqui), influindo pouco no quadro symptomatico. Admitte elle, porém, um delirio maniaco em que póde haver allucinações ou o disturbio do pensamento póde chegar á turvação ou á formação de idéas delirantes confusas. Facto é que nelle como em varios outros autores quando se admitte a allucinação, quasi sempre se associa a ella como elemento importante — a

confusão mental, o que é bem differente do quadro clinico do delirio episodico.

Seifer, no capitulo respectivo do *Tratado* de Leyden-Klemperer, diz que podem apparecer allucinações da vista, mas são raras as dos outros sentidos.

Ziehen diz que apenas em 50 % dos casos ha allucinações. Wernicke e Krafft-Ebing dizem tambem que ellas são raras.

Tanzi-Lugaro, tratando dos estados maniacos, não se referem á presença de allucinações. No *Tratado* de A. Marie, Pilcz, de Vienna, diz que as allucinações são muito raras.

Schüle fala muito em illusões e diz que quando ha allucinações, estas são transitorias. Zievis diz que podem apparecer passageiramente phenomenos allucinatorios. Gilbert Ballet tambem assignala como muito raras as allucinações e cita Macario que refere um caso em sete.

Dagonet diz que existem allucinações na mania aguda, mas são ellas incomparavelmente mais raras e menos bem caracterisadas que nas outras formas de alienação mental.

Juquelier, no *Tratado* de Sergent, affirma que as allucinações são excepcionaes.

Laignel-Lavastine diz que quando ha allucinações, occorre a fórma confusional da mania. Régis accentúa que as allucinações são muito raras si é que realmente existem.

Morselli nem fala em allucinações.

Rogues de Fursac consigna serem ellas raras e passageiras. Dény e Camus consignam o mesmo. Afranio Peixoto diz serem pouco frequentes as allucinações. Dide e Guiraud dizem serem excepcionaes as allucinações. Fernandez-Victorio frisa a mesma cousa. Julio de Mattos diz que é duvidoso que os maniacos experimentem verdadeiras allucinações.

Marchand é do mesmo parecer.

Réne Targowla, em artigo do *Encéphale*, de Janeiro de 1926, sobre "Delirios Polymorphos" diz que nelles ha uma especie de estado mixto, a que se junta um factor confuso-onirico, muitas vezes mal definido. Frisa elle que não é isto a mesma cousa que psychose maniaco-depressiva e lembra que seu Mestre, o Prof. Henri Claude, engloba estes casos na rubrica de *psychoses paranoides.*

Synthetisando tudo quanto se lê em todos os autores vê-se que são accordes em dizer que na psychose maniaco-

depressiva não ha allucinações ou desempenham ellas papel muito secundario.

Como se poderá, pois, confundir uma doença como o delirio episodico em que ellas são o essencial, com outra, em que ellas não existem ou pouco importam?

Ha quem pense ser o delirio episodico um aspecto da *eschizophrenia.* Ahi então o absurdo é muito maior. Basta dizer que esta é uma doença que se processa lentamente, em que ha transformação da personalidade, perda da affectividade e iniciativa, associação extravagante de idéas, interceptação no pensamento, dissociação psychica, etc., ao passo que no *delirio episodico* tudo surge de repente e os symptomas são outros. Claro está que não partilho da opinião de Bleuler que colloca como pertencentes aos dominios da *eschizophrenia,* as melancolias e manias hystericas, confusões allucinatorias, o delirio agudo, as psychoses de motilidade de Wernicke, demencias primarias ou secundarias sem nome especial, a maior parte das paranoias das outras escolas, psychoses hystericas, doentes nervosos psychasthenicos e impulsivos, parte das psychoses degenerativas de Magnan, psychoses de reclusão, estados crepusculares de Ganser, psychoses de reacção: em summa, quasi toda a Psychiatria.

Em Berlim assisti a aulas do Prof. Bonhoeffer, em que ouvi este Mestre chamar "exogene Reaktionstypen", typos de reacção exogena ou antes psychoses de reacção, que eu chamaria delirio episodico.

Seguindo, ha tempos, o curso do Prof. Wagner von Jauregg, ouvi que elle considerava paranoia todo e qualquer delirio systematisado, com ou sem allucinações. Seria então o delirio episodico o mesmo que paranoia.

No Brasil, no tocante a este ponto, seguimos os ensinamentos do pranteado Prof. Juliano Moreira e do Prof. Afranio Peixoto que divulgando idéas Kraepelinianas, frisavam que o diagnostico de *paranoia* só poderia ser firmado quando não houvesse allucinações ou tivessem estas papel muito secundario.

Réne Targowla, em trabalho muito bem feito no *Encéphale,* de Janeiro de 1926, estabelece uma differenciação entre os delirios polymorphos e as psychoses paranoides, sendo estas de evolução chronica. O sabio Prof. Henri Claude engloba a psychose allucinatoria chronica no grupo das psychoses paranoides e entende como psychoses paranoicas delirios allucinatorios e delirios interpretativos, de

idéa prevalente, etc., desenvolvidos em um terreno constitucional.

Penso que o delirio episodico não deve ser tido como uma psychose paranoica, por isso que entendo essencial ao diagnostico de paranoia a ausencia ou raridade de allucinações. Lévi-Valensi tambem assignala em seu optimo livro que estes são os predicados fundamentaes do delirio paranoico.

Fernando Gorriti, escrevendo na Argentina a respeito de Delirio espirita, em 8 de Março de 1934, considera o delirio espirita como uma variedade de paranoia chronica, embora descrevendo um caso todo cheio de allucinações e bem dentro dos moldes dos que tão frequentemente tenho observado.

Wimmer, escrevendo em Agosto de 1922, a proposito de espiritismo e psychoses, cita como elementos caracteristicos a tendencia a auto-accusações e allucinações mystico-religiosas, com idéas eroticas e blasphemias. Frisa a semelhança com os delirios da hysteria da idade média.

Acha que a auto-accusação pertença á melancolia, ao passo que o elemento allucinatorio é proprio do delirio episodico.

Assignala elle que as idéas e allucinações derivam sempre das proprias observações do doente.

Cestan e Gau descreveram na Clinica Mental de Toulouse casos de doença mental pelo espiritismo, referindo um delirio de perseguição em hypomaniaca, syndromo de influencia com allucinações aperceptivas.

Em todos os doentes referidos por estes ultimos autores havia sempre idéas delirantes allucinatorias, ao lado de casos de feitio paranoide.

O Prof. E. Mira, em seu recente e bem elaborado *Tratado de Psychiatria,* interpreta as *bouffées délirantes* como *reacções paranoides* em individuos olygophrenicos, em que se poderiam observar, outrosim, pseudo-percepções e pseudo-memorias. Vê-se que elle entende como secundario o que eu julgo ser fundamental.

André Ceilier, no *Encéphale* de Maio de 1934 collocava o delirio espirita como variedade de delirio de influencia. Este tem, porém, a meu ver a sua significação maior na *eschizophrenia paranoide* que é absolutamente differente do *delirio episodico.*

Este não é tambem a mesma cousa que o *delirio systematisado allucinatorio chronico* que descrevi em Londres

em 1913, o qual é de evolução muito vagarosa, tendo sempre no inicio um periodo de ruminação mental, em que o individuo leva a meditar nas cousas vagas que vai percebendo, zoadas, audição de sons confusos, palavras soltas e finalmente phrases aggressivas, tudo a se corporificar num delirio logico e encadeado.

Não é a mesma cousa que a *paraphrenia systematica,* persistente, duradoura, em que ha abaixamento do nivel intellectual, delirio persecutorio, ao lado de delirio de grandezas, erotico e religioso.

Em synthese, acho que o *delirio episodico* deve ser tido como uma fórma clinica individualisada que tem caracteres proprios, que se não deve confundir com a psychose maniaco-depressiva, eschizophrenia, paraphrenia, paranoia, confusão mental, etc. Em relação a esta ultima basta referir que os predicados fundamentaes faltam no delirio episodico, podendo, porém, haver um certo feitio allucinatorio confusional quando o delirio fôr muito intenso ou houver um processo toxi-infeccioso.

O *delirio episodico,* é uma doença mental que não é rara; as estatisticas do Instituto de Psychopathologia onde funcciona a Clinica Psychiatrica da Universidade do Rio, assignalam: 82 casos de *delirio episodico* para 1432 entradas em 1924, 112 para 1603 em 1925, 88 para 1680 em 1926, 165 para 1250 em 1927, 137 para 2068 em 1928, 147 para 2146 em 1929, 144 para 2312 em 1930, 149 para 2203 em 1931, 179 para 1967 em 1932, 149 para 1994 em 1933, 123 para 2017 em 1934.

Póde-se dizer que o delirio episodico é *curavel* em 100 % dos casos por meio de *injecções de valerianato de atropina.*

Este methodo de tratamento que criei depois de ter lido uma lista de injecções preparadas na Pharmacia Silva Araujo, consiste no emprego de injecções de valerianato de atropina na dóse de *um quarto de milligramma* por *centimetro cubico.* Em outras doenças mentaes não dá grandes vantagens, mas no delirio episodico o effeito é soberano. Interessante é assignalar que na psychose maniaca-depressiva não dá proveito algum, ao passo que no delirio episodico é optimo. Naquella o *luminal* é muito bom, neste não.

No *valerianato de atropina,* ha a associação dos effeitos da valeriana aos da atropina.

Como é bem sabido, a *valeriana* é um excellente calmante do systema nervoso. Gubler julga ser ella um remedio precioso quando ha disturbios das funcções nervosas, principalmente falta de estimulo.

Na hysteria é um sedativo de primeira ordem, preferido por mim quando tal se faz mistér. Exerce no organismo uma acção antiespasmodica de origem central, em que os centros nervosos ficam deprimidos e calmos. Barallier assignalou haver com o uso della, preguiça mental e somnolencia. E' um calmante brando que tem tambem acção importante sobre o apparelho cardiovascular. Actuará, portanto, logicamente, sobre a circulação cerebral. Demais, contrariamente ao que succede com os brometos, não acarreta depressão persistente do systema nervoso. Gubler frisou que ella cura a hypocondria e estimula a sexualidade.

Os autores accentúam, outrosim, haver diminuição muito accentuada da sensibilidade geral. Desapparecem phenomenos de angustia, espasmos (pharyngêo, esophagiano, etc) palpitações. Ha acção antiespasmodica directa sobre o cerebro e medulla alongada. Ha regularisação da energia systolica e tensão sanguinea.

Ha diurése muito accentuada.

No entanto, no valerianato de atropina o effeito principal é da *atropina.*

Tem ella uma acção prompta e positiva sobre as mais variadas terminações nervosas periphericas. Ha uma acção electiva paralysadora sobre os apparelhos nervosos periphericos do systema autonomo, tanto mesensephalico como bulbar (nervo motor ocular, corda do tympano e vago, como sacro (nervo pelviano). E' um agente chimico autonomo-tropo-paralysante.

Albertoni verificou que no homem as dóses médias de atropina provocam constricção dos vasos cerebraes e dilatação dos vasos periphericos.

Provoca-se anemia cerebral.

Demonstrou-se ser util nas diesthesias, disturbios da sensibilidade subjectiva, já acarretando a anemia cerebral. já corrigindo as sensações anormaes dependentes das neurites localisadas periphericas, em que o doente sente frio ou calor, mal estar, dormencias e caimbras.

Nothnagel e Rossbach demonstraram que a atropina paralysa a excitabilidade reflexa. Gubler assignalou que a

acção della sobre a medulla se traduz por asthenia e adynamia.

Sobre os vasos, está provado acarretar ella um estreitamento das arteriolas, a que se segue uma estase venosa, de que participam todos os vasos de pequeno calibre.

Soulier demonstrou que ha uma acção sedativa e curativa sobre a cellula cerebral.

Segundo Gubler, as pessoas sanguineas ou que têm tendencia á hyperemia dos centros nervosos, são as que mais lucram com a belladona. Bezold provou que ella diminúe e chega a suspender a actividade vaso-motora dos centros cerebraes, attenúa a excitabilidade dos proprios nervos vaso-motores e a tonicidade dos vasos.

Jones disse actuar ella principalmente sobre o grande sympathico.

Grünhagem, disse que a atropina tem uma acção directa sobre os centros vaso-motores.

Meuriot frisou haver excitação dos nervos vaso-motores, com contracção dos vasos.

Porque motivo encontrei no valerianato de atropina o melhor remedio para a cura do delirio episodico? Acredito que seja porque elle tenha uma acção muito importante sobre os centros vaso-motores, provocando uma constricção dos vasos cerebraes, acarretando consequentemente uma ischemia cerebral que se localisando na parietal ascendente, no lóbo temporo-esphenoidal ou no occipital, traria o desapparecimento de allucinações da cenesthesia, do ouvido ou da vista. Ha relações entre estes centros cerebraes e allucinações, havendo o pranteado Professor Jakob, em curso que fez no Rio, demonstrado haver lesões nestes pontos e mindividuos com allucinações. Em trabalho publicado no *Encéphale* de Agosto de 1927, Santenoise, estudando o systema organico-vegetativo e as psychoses funccionaes constatou haver hypervagotonia nos estados maniacos e melancolicos e hyper-sympathicotonia nos estados delirantes de degenerados, *bouffées delirantes,* delirios *d'emblée.* Nestas condições seria logico que a belladona mais aproveitasse na psychose maniaco-depressiva do que no delirio episodico, o que se não dá. O valerianato de atropina cura positiva e constantemente o delirio episodico e não dá grande resultado na psychose maniaco-depressiva.

Backman e Lundberg dão uma explicação, dizendo que a atropina paralysa não sómente o parasympathico, mas tambem a parte motora do ortho-sympathico.

Em trabalho que apresentei á Academia Nacional de Medicina, em 3 de Novembro de 1937, a respeito do Nervosismo Intestinal, frisei que aquillo que mais frequentemente se encontrava na clinica, era a neurotonia que engloba aquellas pessoas que, a rigor, se não póde ter como vagotonicas ou sympathicotonicas, havendo um desequilibrio organo-vegetativo, com o predominio em certos orgãos do sympathico, noutros, do vago. No delirio episodico póde haver neurotonia, mas é muito commum haver predominancia de orgãos com sympathicotonia.

Acredito que o effeito vantajoso do valerianato de atropina dependa essencialmente da influencia que ha sobre os centros vaso-motores e da ischemia cerebral que se localisando no lóbo temporo-esphenoidal e no occipital, cura as allucinações que são a causa essencial do delirio episodico.

Tinel preconisou no *Encéphale,* de Outubro e Novembro de 1929, o tratamento dos delirios allucinatorios por meio de injecções intra-venosas de salicylato de sodio, de 1 gr. cada uma, associadas a injecções intra venosas de novarsenobenzol, em dóses elevadas progressivamente de 15 a 60 centigrs.

Este tratamento que inspirou no Rio Grande do Sul, uma these muito bem feita, do Dr. Pedro Rosa, em 1930, é muito efficaz, mas me não tem dado os mesmos resultados tão vantajosos como o valerianato de atropina. Suggeri ao Dr. Clodomiro Marques que foi muito operoso Interno da Clinica Psychiatrica, fizesse a sua these a respeito do valor comparado dos dous methodos de tratamento. Elle verificou que o valerianato de atropina dá a cura em 100 % dos casos, ao passo que o salicylato de sodio com o novarsenobenzol, em 50 % dos casos.

Como tratamento, deve-se tambem sempre affastar dos meios espiritas aquelles doentes que soffrem de delirio espirita episodico. Isto é indispensavel, mas não basta. Curar-se-ha muito de vagar. Com o valerianato de atropina a cura virá em 100 % dos casos num prazo maximo de 15 dias.

Como medida de prophylaxia mental é preciso impedir a realisação de sessões de espiritismo não scientifico. No Brasil ellas se realisam principalmente nas classes populares. São os negros os mais entregues a estas praticas condemnaveis. E' isto prova de falta de cultura, de suggestibilidade facil, de tendencia ao mysticismo.

O espiritismo que é praticado por grandes sabios e que motivou um excellente livro do justamente pranteado Prof. Charles Richet, deve ser estudado.

Não provoca a loucura; aquelle que póde ser causa, é o espiritismo de exploração, dos ignorantes, das classes populares.

O espiritismo scientifico não deve ter o seu estudo ridicularisado. Muitas vezes aquillo que hoje não é explicavel e não póde ser admissivel, representa a grande verdade do dia de amanhã.

Lembro-me bem de um doente que em minhas aulas de 1905 foi descripto por mim, o qual apresentava um delirio de perseguição, em que se dizia victima de um apparelho que elle chamava *phonol,* um mixto de phonographo e telegrapho sem fio como eu explicava.

O apparelho que elle dizia estar no alto do morro de Santa Thereza, determinava a formação de ondas hertzianas que se transmittiam ao seu ouvido, levando-lhe vozes, abalando-lhe o pensamento. De noite, o choque das ondas hertzianas era maior e elle formava um vão com os livros, para que a resistencia a vencer fosse maior e se amortecesse o choque que tanto lhe incommodava o ouvido.

O doente começára a soffrer a acção do phonol, quando estava na Casa de Saúde do Dr. Eiras que fica na rua Marquez de Olinda, bem longe do morro tão pittoresco.

Dizia eu, naquella epocha, ser prova de loucura affirmar ouvir vozes insultuosas por meio de um telephone sem fio, cousa que naquelle tempo se considerava quasi absurda. E todos então assim entendiam. Alguns annos depois aquillo que era absurdo, testemunho de idéa delirante, tornou-se uma realidade e todos nós sabemos que a radiotelephonia permitte que d'aqui se fale para a Europa e que o progresso scientifico tenha evoluido tanto que Marconi consiga illuminar com a sua mão uma cidade distante, e que um automovel a toda velocidade consiga fazer ouvidas musicas tocadas em cidades estrangeiras.

Póde ser que no futuro a vida de além tumulo se esclareça e que a irradiação de força nervosa que nos vivos exista, se complasme nos mortos em vultos que a elles sobrevivam.

Homens de valor scientifico incontestavel vêm estudando o assumpto e devem ser acoroçoados.

No entanto, o *espiritismo dos candomblés* deve ser condemnado como fonte de loucura. No Brasil ha leis que o

podem impedir, mas sophismam e dizem os pseudo-curadores que acolhem os crentes e não recebem como medicos.

Urge evitar o sophisma. E' preciso incrementar a vigilancia.

Depois que eu fiz a minha Conferencia em Paris, a qual despertou grande interesse no auditorio, na Rumania houve um decreto governamental, prohibindo representações, sessões e espectaculos, realisados com a magia e sciencias occultas, como sendo nocivas á Saúde Publica e podendo dar origem a diversas doenças nervosas e mentaes.

Na Sociedade Médico-Psychologica de Paris, em 22 de Junho de 1936, o Prof. Claude e Dr. Cantacuzéne apresentaram uma nota sobre um ensaio de prophylaxia dos delirios espiritas.

Lembraram que Duhem, em sua these de 1904, dizia que havia no mundo mais de 12 milhões de espiritas e na França havia 40.000 adeptos do espiritismo, dos quaes 30.000 só em Paris.

Disse o Prof. Claude que sempre houve o interesse da Faculdade de Paris por este problema. Lévi-Valensi, em 1910, reunia 18 observações. Em 1930 havia 40 casos publicados na França.

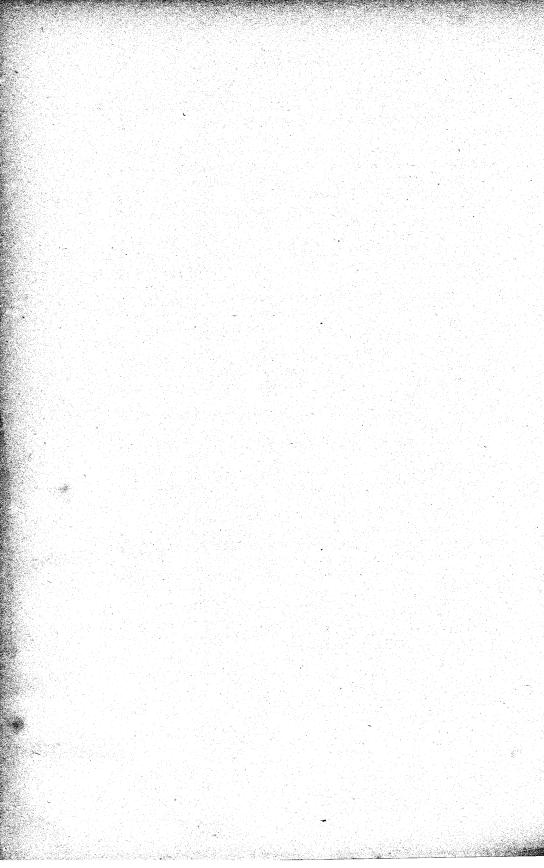
Lévi-Valensi disse que o espiritismo é a antecamara da loucura.

Donath, em Vienna, propõe a prohibição legal das assembléas espiritas.

Em 25 deMaio de 1936, na Sociedade Médico-Psychologica de Paris, foi approvado um voto assignalando aos poderes publicos os perigos das modalidades multiplas do charlatanismo e pedindo que se ponha côbro a isto.

No Brasil nada se tem feito no sentido de uma prophylaxia efficaz contra a diffusão crescente dos delirios espiritas episodicos.

A medicina do futuro será essencialmente a prophylaxia das doenças.

Pensei interessar o publico scientifico francez com esta fórma de delirio que não é rara no Brasil, que procurei individualisar e tratar e que se não encontra descripta em livro algum da especialidade.

ENFRAQUECIMENTO MENTAL ADQUIRIDO

Em psychiatria ha um certo numero de doentes, em que o mal de que padecem, é unicamente constituido pelo enfraquecimento do nivel intellectual. Não é que o individuo fique sem intelligencia, mas é que esta fica mais reduzida, menor que anteriormente. Nos casos a que me refiro, não se tratava de um imbecil ou de um debil mental, que, descendo na escala, se tornasse, respectivamente, idiota e imbecil. Igualmente, pouco importa que se tratasse anteriormente de uma pessoa muito intelligente ou que o fosse pouco. O facto culminante no caso é descer o nivel intellectual, haver menos intelligencia do que antes.

Denominar taes casos debilidade mental adquirida — não me parece muito proprio. Com effeito, ás vezes, a decadencia intellectual não vai a ponto de gerar uma debilidade mental. O individuo fica menos intelligente, mas não um debil.

Não se faz mister dosar o enfraquecimento mental adquirido á custa dos apparelhos apropriados. Elle se torna bem sensivel. Quem convive com o doente, disto se apercebe facilmente, e quem o observa pela primeira vez, nota francamente o declinio intellectual em cotejo com a capacidade que lhe informam os conhecidos ter havido anteriormente.

Ha um grande grupo em psychiatria, bem descripto pelos auctores allemães, particularmente, por Kraepelin, que abrange alguns desses doentes. Refiro-me aos estados de enfraquecimento mental post-infeccioso da classificação de Kraepelin. São disturbios, em que a qualidade fundamental é a diminuição da capacidade intellectual, surgindo esta posteriormente a um processo infeccioso. Nos casos mais brandos nota-se que o doente quando entra em con-

valescença, não fica completamente bem como succede, em geral. Ha uma especie de *morrinha* de doença, que o mantem entorpecido, com o raciocinio a se operar custosamente. Idéas tristes surgem de quando em vez, associadas a disturbios multiplos da cenesthesia, fazendo o doente acreditar que não esteja curado do processo infeccioso e que este, pelo contrario, se ache aggravado. Allucinações, particularmente da vista, surgem a cada instante.

As fórmas benignas são verificadas, principalmente, após a grippe, o rheumatismo articular agudo, a coqueluche, sendo, ás vezes, constatados quadros clinicos identicos em tuberculosos e choreicos. Nas fórmas graves, que são as mais communs, ha accentuada diminuição da capacidade intelllectual, coincidindo com estado moral deprimido, ansiedade, idéas delirantes persecutorias ou de peccado. Frequentemente se deparam allucinações da vista e do ouvido. Um estado confusional é habitual nestes casos. A desorientação auto e allopsychica se constata não rara. Confusão mental e enfraquecimento mental se associam habitualmente. O proprio doente reconhece, ás vezes, que o seu nivel intellectual baixou e que já não dispõe da mesma clareza intellectual que antigamente. Haja vista o doente de Kraepelin que repetia a cada instante querer rehaver a sua comprehensão .

O residuo toxi-infeccioso que nestes casos perdura, é sufficiente para manter incommoda insomnia e impossibilitar augmento de peso. No fim de alguns mezes o mal vai cessando pouco a pouco, até que a cura se antolhe definitiva. Em muitos casos não ha allucinações e sim uma sensivel reducção do coefficiente intellectual.

A convalescencia, em vez de coincidir com a plena satisfacção moral e perfeita exuberancia intellectual, se apresenta oberada por um torpor mais ou menos accentuado, por uma diminuição da intelligencia. O doente reconhece-se com difficuldades para sentir, pensar ou querer. Estes casos sobrevêm ao typho, á variola, ao rheumatismo articular, á erysipéla, ao cholera, ao paludismo, etc. Surgem quando o mal cessa, e demonstram que o processo toxi-infeccioso não desappareceu totalmente.

Kraepelin colloca igualmente neste grupo de estados de enfraquecimento mental post-infeccioso a psychose polyneuritica de Korsakow ou cerebropathia psychica toxemica. Surge esta, em geral, depois da grippe, do typho, da

infecção puerperal, de estados septicemicos varios, etc. São seus caracteristicos a difficuldade na capacidade de fixação, a desorientação, o delirio metabolico e signaes de polyneurite. Ha igualmente ahi diminuição da capacidade intellectual, mas isto occupa um plano secundario diante do estado confusional.

Nas outras fórmas clinicas ha menos confusão mental do que enfraquecimento intellectual, sendo que em algumas quasi se não percebe o estado confusional ou este não existe.

O processo toxi-infeccioso, localisando-se nas cellulas, nervosas, compromette-as, inhibindo-as para sua perfeita funcção. Pesquisas anatomo e histo-pathologicas permittiram a Kraepelin verificar alterações na estructura cellular, constituidas por um colorido escuro uniforme, prolongamentos facilmente visiveis e contornos angulares na reborda cellular. Reconheceu este auctor, além disso, proliferação da glia, sob a fórma de gliarase, numerosas cellulas bacilliformes e espessamento consideravel da tunica endothelial vascular.

Era de prever que as constatações histo-pathologicas demonstrassem que a cellula cerebral não assistiu incolume á toxemia que sobre ella agio. O raciocinio se resente, o estado confusional e a depressão intellectual surgiram porque o metabolismo cellular se não opéra como outr'ora. E' um sangue sobrecarregado de productos toxicos que vai nutrir a cellula nervosa, e esta, mal nutrida, não póde elaborar o pensamento logico e perfeito que é sempre funcção della.

Cessada a toxemia, depurado o organismo dos productos toxi-infecciosos que sobre elle agiram, vai pouco a pouco desapparecendo a confusão mental, mas persiste, ás vezes, o abaixamento do nivel intellectual. Póde succeder que aquella não tenha existido e só este surgira e fique.

Explica-se a differença no grão de intelligencia que o individuo apresente, pelo facto de que a cellula nervosa não está funccionando do mesmo modo que antes. Nestas condicções, quando o raciocinio se vai formular franco e elevado, encontra certo embaraço e o individuo fica nas condições do carro de rodas enferrujadas que não deslisam com a mesma facilidade e que, embora não deixem de ser rodas, não produzem o mesmo trabalho util, que quando azeitadas e limpas. O proprio doente reconhece, ás vezes,

que ha um estorvo ao seu raciocinio brilhante e rasteja pela puerilidade, dolorosamente convicto de que está inferior ao que era. Na eschizophrenia cessa completamente a evolução intellectual e em muito pouco tempo começa a ser bem percebido um enfraquecimento mental.

Na eschizophrenia simples é, ás vezes, difficilimo o diagnostico differencial com a psychose maniaco-depressiva. Todos os especialistas têm doentes, em que a duvida se patenteia muito nitida entre uma e outra entidade clinica.

O Professor Austregesilo, em trabalho sobre *catafrenias*, propõe agrupar sob esta rubrica esses doentes litigiosos. Diz elle: "Em resumo, a catafrenia é a quéda das faculdades mentaes, semelhante ao estado demencial, que póde muito melhorar e sarar. E' como quem diz estado tifico e não diz febre tifoide". Pouco adiante diz o mesmo auctor: "Por infecção ligeira, surgem estados mentaes de typo do *deficit* que se fixam, duram muito ou pouco tempo, terminam em enfraquecimento mental ou na cura definitiva. E' uma especie de confusão mental chronica curavel ou muito melhoravel, evoluindo ás vezes para a incurabilidade ou demencia. A catafrenia é um limiar diagnostico para os doentes que apresentam estados mentaes indefinidos, sem causas semiologicamente conhecidas, em que as faculdades mentaes baixam grandemente de nivel". Finalizando assignala elle que a catafrenia representa o "estado de enfraquecimento mental do typo demente, no maximo, ou no minimo, mas que não é a propria demencia, porque o doente póde curar-se".

A catafrenia serviria para mascarar a nossa incerteza diagnostica. Ver-se-hia um doente, pensar-se-hia em demencia precoce, mas o diagnostico se não antolharia claro, e dir-se-hia catafrenia, para se não confessar a duvida entre demencia precoce, psychose maniaco-depressiva e, ás vezes mesmo, confusão mental.

Por esta fórma ladêa-se a questão e assignala-se apenas que se trata de um enfraquecimento mental do typo demencial. A questão não fica resolvida e apenas adiada. No entanto representa um recurso intelligente, para que se evite firmar um diagnostico errado.

Nestes casos litigiosos o enfraquecimento mental accentuado inflúe muito, para que se pense antes em eschizophrenia. A psychose maniaco-depressiva não acarreta

quéda da intelligencia. Demais como já tive ensejo de escrever em trabalho sobre *as manifestações iniciaes da demencia precoce,* ha nesta, muito prematuramente, perda da affectividade, perda da iniciativa, associação extravagante de idéas, cephaléas, vertigens, desordens da vida sexual, decadencia moral precedendo a intellectual, crises de distracção, etc.

O eschizophrenico embirra com as pessôas que mais estimava anteriormente, ao passo que na psychose maniaco-depressiva não ha perda da affectividade. Ha perda da iniciativa, crises de distracção muito demorada, sorrisos intempestivos, negativismo, estereotypias, suggestibilidade e impulsos.

Na confusão mental ha desorientação no tempo e no espaço, obnubilação intellectual, delirio onirico e manifestações somaticas de toxi-infecção. Na confusão mental ha turvação da intelligencia e ficando curado o individuo, frequentemente não existe qualquer enfraquecimento mental residual.

Na eschizophrenia simples a diminuição da capacidade intellectual é elemento de grande valia para um bom diagnostico.

Tenho tido casos de demencia eschizophrenica simples, em que o tratamento tem conseguido a cura, mas sempre com *deficit* intellectual. Desapparecem as distracções, a perda da affectividade e da iniciativa, as estereotypias, o negativismo, a irritabilidade e as crises immotivadas de riso, mas não volta o doente a ter a capacidade intellectual que tinha até então. Si não fôra este defeito, o doente estaria radicalmente curado.

A familia do doente é sempre por mim inteirada deste desfecho.

Póde-se formular o diagnostico de catafrenia, termo criado pelo talentoso Prof. Austregesilo, ou o de uma insufficiencia endocrinica, como ponto de passagem para o diagnostico definitivo de demencia precoce ou de psychose maniaco-depressiva. Prefiro estabelecer o de demencia precoce simples, admittindo a possibilidade da cura, com enfraquecimento mental.

A reacção de Abderhalden serve tambem para esclarecer o diagnostico entre eschizophrenia e psychose maniaco-depressiva.

Nas outras fórmas de eschizophrenia — hebephrenica, catatonica e paranoide — ha tambem enfraquecimento mental adquirido. Vê-se bem pela puerilidade dos conceitos delirantes, a que se subordina o hebephrenico; pela attitudes e gestos do catatonico; pela extravagancia das idéas de posse physica do paranoide.

A não ser na eschizophrenia simples, não acredito que se possa curar um eschizophrenico. Ha um processo de atrophia cerebral, com destruição cellular, absolutamente irreparavel. No entanto Kraepelin, que acredita na cura com defeito, assignala casos em que tudo está esmaecido e apenas transparece bem o enfraquecimento mental.

Admitte elle a fraqueza mental confusional e a allucinatoria como feitios terminaes de demencia precoce. Já não ha allucinações ruidosas, nem negativismo accentuado, nem systemas delirantes complexos e sim apenas, como um residuo, a decadencia intellectual.

Nas *paraphrenias,* fórma clinica recentemente destacada da demencia precoce paranoide, ha tambem diminuição da capacidade intellectual. O doente diz e commette os maiores absurdos, sem que reconheça a tolice de tudo isto.

Na *psychose epileptica* ha, não raro, deficiencia intellectual. O cerebro fica como extenuado pelas crises repetidas e em muito pouco tempo o raciocinio integro e claro decahe.

Na *debilidade mental,* a que, em geral, quasi todos os auctores se referem, ha uma curteza de intelligencia que em todos os tempos da vida do individuo sempre existiu e que o colloca como fazendo parte de um grupo ao lado da imbecilidade. Está para a imbecilidade como esta para a idiotia. E' uma questão apenas de gráo. Nesses doentes o phenomeno é congenito, ao passo que naquelles, a que me refiro, é adquirido e não ficaria bem applicar a elles o termo debeis mentaes, pois em muitos casos ha unicamente diminuição da capacidade intellectual em relação á que tinham anteriormente, sem que haja rigorosamente debilidade mental. O essencial é que o individuo se tornou menos intelligente do que era, embora não chegue a ser um debil mental.

Em alguns doentes muito interessante se me antolhou o problema. Haja vista o que constatei em H. S. F., branca,

casada, de 36 annos de edade, que tratei durante muito tempo. Esta doente, sendo victima da côrte de um visinho, repelliu energicamente as tentativas libidinosas deste, ouvindo então a ameaça de que elle mataria o marido e a possuiria á viva força. Talvez não tivesse elle topete para tanto, mas o facto é que ella se impressionou muitissimo com isto, e, receiosa de uma desgraça, convenceu o marido de que se deveria mudar de casa.

Na nova residencia, bem distante da outra, ella vivia sempre assustada e mais de uma vez impediu que o marido fosse trabalhar. De quando em vez chorava copiosamente ou ficava completamente abstracta. Tinha, ás vezes, crises convulsivas hystericas. Pouco tempo depois teve escorbuto e um estado de confusão mental se desenvolveu no decurso deste. Muito agitada esteve durante este periodo, em que foi recolhida a uma Casa de Saúde. Tinha allucinoções da vista e do ouvido, idéas persecutorias, em que o movel do grande abalo moral que experimentára, estava sempre presente. Cessou completamente a confusão mental, curou-se do escorbuto e voltou á casa, em que houve a notar uma excitação sexual muito accentuada. Durante muito mezes passou bem, mas então já se notava perfeitamente a diminuição da capacidade intellectual.

Reassumiu a direcção de sua casa, de que estivera encarregada uma sua filha, mas no serviço domestico já não revelava a mesma aptidão que tivéra até então. Era incapaz de fazer trabalhos de agulha um pouco mais delicados. De pratos especiaes na culinaria já não se podia desobrigar. Persistia sempre um pouco desconfiada e de quando em vez a salteavam abstracções.

Quando passava qualquer enterro, chorava copiosamente como si fôra um seu parente. Quando sahia de bonde, voltava-se frequentemente para traz e uma vez prorompeu numa formidavel descompostura num individuo que nada lhe havia dito. Ainda tem allucinações do ouvido e reage com improperios ás pilherias e amabilidades que pensa escutar.

Transparece nesta doente o enfraquecimento intellectual que se accentuou posteriormente ao escorbuto. Confusa já não está e perdura uma systematisação delirante de perseguição amorosa.

Poder-se-hia pensar em um caso de eschizophrenia mas ha contra esta idéa a idade, a affectividade persistente é

extremada pelo marido e filha, a iniciativa presente, ha falta de estereotypias, negativismo, suggestibilidade, etc. Tambem me não parece que se trate de paraphrenia expansiva, em que ha um aspecto de mania com enfraquecimento mental, nem psychose maniaco-depressiva, em que ha essencialmente modificações do humor sem allucinações e nem delirio systematisado allucinatorio chronico, em que o encadeamento delirante é logico, vagoroso e intelligente.

No *Livro Jubilar do Prof. Rocha Faria*, escrevi um trabalho sobre *Manifestações iniciaes da demencia precoce*, em que fiz referencia a um caso difficil de diagnostico, de enfraquecimento mental post-infeccioso.

Tratava-se de uma doente que depois de uma infecção puerperal se apresentou num estado de grande ansiedade, com crises de tristeza, incoordenação de idéas, dysmnésia, allucinações da vista e do ouvido, vago delirio persecutorio, desorientação auto e allo-psychica, perda da noção do tempo, hypoprosexia, idéas de suicidio desorientadas, insomnia, exaggero dos reflexos, a par tudo isto de sensivel enfraquecimento mental adquirido. Medicada convenientemente, todos os outros symptomas desappareceram e só persiste este.

Uma outra cliente tenho eu que depois de atravessar um periodo longo de psychose infecciosa post-puerperal, ficou restabelecida, mas em que se nota ainda sensivel diminuição da capacidade intellectual. Interessante é que neste como em alguns outros casos, a doente têm a consciencia de que está um tanto embrutecida mentalmente.

Outro caso conheço, em que o enfraquecimento mental se deu depois da coqueluche. Tenho na clinica casos em que se evidencia um delirio francamente systematisado, em que se constatam numerosas allucinações e delirios multifarios, nos quaes se antolha como elemento de destaque o enfraquecimento mental adquirido. Têm elles o aspecto do delirio polymorpho dos degenerados, mas com a aggravante da diminuição da intelligencia. No fim de algum tempo de delirio, cessa este, mas fica a reducção intellectual. Lembram muito o typo da paraphrenia systematica de Kraepelin, em que tambem ha diminuição da intelligencia, mas em que o delirio é duradouro e persistente.

Elles não têm o methodo e regularidade de evolução do delirio systematisado allucinatorio chronico, em que ha pro-

gressivamente zumbidos de ouvido, percepção de palavras destacadas, phrases soltas com conteúdo injurioso, numerosos insultos e accusações, e delirio systematisado de perseguição. E' um delirio subitaneo, de fundo emotivo, cheio de allucinações, de systematisação pouco segura, que corresponde ao delirio subitaneo ou polymorpho dos degenerados, com a aggravante, porém, do *deficit* intellectual. A's vezes, parece que a intelligencia decahe por uma especie de cansaço pela longa duração do delirio, o que quer dizer que o *deficit* só apparece depois que este já se acha implantado algum tempo.

E' uma questão muito interessante da psychiatria hodierna a da perfeita interpretação desses delirios, mais ou menos systematisados, em que se sente na puerilidade dos conceitos a diminuição do coefficiente intellectual.

Poder-se-hia pensar em eschizophrenia paranoide ou paraphrenia, mas convem observar que na eschizophrenia paranoide ha roubo do pensamento e idéa de posse physica ou influencia somatica, que no caso faltam, e na paraphrenia ha persistencia de idéas delirantes que no caso são fugazes e mutaveis. Poder-se-hia dizer delirio episodico, com enfraquecimento mental adquirido.

Na modalidade clinica que Kraepelin chama paraphrenia systematisada, póde haver mutabilidade do delirio, mas este não se esváe tão absolutamente como no delirio polymorpho dos degenerados.

Poder-se-hia acreditar num caso de psychose maniaco-depressiva, com a coexistencia de um enfraquecimento mental adquirido. Si não houver allucinações e sim illusões, e o tom emotivo accentuado fôr o elemento predominante, absurda não será a hypothese.

Curioso é o papel importante que representa a syphilis na genesis desses delirios systematisados e do enfraquecimento mental adquirido. O tratamento especifico consegue, ás vezes, que se dissipe ou attenúe um delirio que parecia tender a perpetuar-se intenso. O proprio enfraquecimento mental póde melhorar, embora não desappareça completamente. E' elle, ás vezes, o unico lembrete, que ficou, de uma grave infecção syphilitica. Nesses casos é recurso de grande valia o uso de pequenas dóses de néo-salvarsan. Ha uma verdadeira desintoxicação e reconstituição da cellula nervosa.

Em qualquer caso de enfraquecimento mental adquirido ha sempre um disturbio no metabolismo da cellula

nervosa. O cerebro se acha onerado de productos toxicos que derivam ou de um disturbio endocrinico ou de uma toxi-infecção. Por este motivo comprehende-se bem que para attenuar ou corrigir o enfraquecimento mental adquirido seja mistér dar o nucleinato de sodio, o metavanadato de sodio ou o arseniato de sodio que desintoxicam e estimulam poderosamente a nutrição da cellula cerebral.

Demais, os productos opotherapicos, particularmente, a cerebrina, devem ser aconselhados. Os preparados phosphatados são igualmente muito uteis.

Estes recursos permittem que se possa ter esperança na cura de um estado mental que tão dolorosamente impressiona a quem constata que um ente querido desceu na escala intellectual, a tal ponto que a puerilidade se tornou o adubo habitual de todas suas idéas.

DEBILIDADE MENTAL, IMBECILIDADE E IDIOTIA

Na classificação da Sociedade Brasileira de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal ha no grupo de paradas de desenvolvimento cerebral a imbecilidade e a idiotia, sem que haja uma referencia clara e directa á debilidade mental. E' que muitos auctores englobam esta na imbecillidade, de que consideram uma simples variedade attenuada. No entanto, penso que será mais razoavel collocar em grupos destacados o *enfraquecimento mental adquirido,* de que já me occupei detidamente, e a *debilidade mental.*

Para se classificar alguem como debil mental é preciso haver cautela, pois a debilidade mental representa uma zona fronteiriça entre a imbecilidade e a sanidade psychica.

Demais é preciso separar o que caiba á ignorancia, á falta de instrucção, ao atrazo do meio, do que pertença á deficiencia de intelligencia. De sorte que, quando se vai buscar dosar a intelligencia de cada um, é indispensavel tomar em consideração estes factos.

Laignel-Lavastine diz que o debil mental differe do individuo normal por dous caracteres principaes: o vagar com que se opera a sua evolução intellectual e o facto de nunca attingirem a sua educação e a sua instrucção a um desenvolvimento completo.

Dahi resulta que apresente elle commummente o feitio intellectual de uma pessôa de muito menor idade, e que os esforços pela sua educação e instrucção se deparem improficuos na realisação completa. Simon e Vermeylen dizem que a intelligencia de um debil mental orça pela de uma criança de sete a nove annos, a de um imbecil, de dous a sete annos e a de um idiota, sempre inferior a dous annos.

Rogues de Fursac diz que o debil mental tem uma intelligencia correspondente á de uma criança de 7 a 12

annos, o imbecil, á de 3 a 7 e o idiota, á inferior a tres annos. Toma tambem em consideração o criterio social e accentúa que o debil é incapaz de sustentar a lucta pela vida, de dirigir os seus negocios ou de prover a si proprio; o imbecil é incapaz de prover as suas necessidades, nas condições normaes e o idiota não consegue preservar-se dos perigos materiaes grosseiros. Toma ainda como valioso o criterio psychologico e diz que o debil mental tem a linguagem oral normalmente desenvolvida e a linguagem escripta sufficiente para lhe permittir exprimir suas idéas, attenção voluntaria rapidamente fatigavel, insufficiencia do julgamento e, ás vezes, das faculdades de acquisição.

O imbecil teria a attenção voluntaria instavel, linguagem oral restricta e a linguagem escripta nulla ou quasi nulla.

O idiota não teria attenção voluntaria e teria quasi nulla a linguagem, ou mesmo nulla.

Binet-Simon têm um methodo para avaliar a capacidade intellectual, utilisado nas escolas, o qual tambem serve para distinguir o debil mental do imbecil e do idiota.

Estabelecem provas compativeis com cada uma das idades e assim se vê num individuo de mais idade, por onde ande a intelligencia delle. Assim um menino de 3 annos saberá mostrar o nariz, a bocca e os olhos, repetirá dous numeros simples com intervallo de meio segundo, descreverá o que vir numa estampa, dirá o proprio nome e o dos pais e repetirá uma phrase de seis syllabas. Um menino de 4 annos saberá dizer o sexo, dirá o nome dos objectos communs, repetirá tres algarismos e comparará duas linhas. Na idade de 5 annos se conseguirá comparar dous pesos, copiar um quadrado, repetir uma phrase de dez syllabas, contar quatro moedas e fazer acertadamente um jogo de paciencia. Com 6 annos já se distingue a manhã da tarde, já se explica o uso dos objectos, copia-se uma circumferencia, contam-se treze moedas e de uma série de cabeças de mulher se differenciam as feias das bonitas. Aos 7 annos é facil tocar a orelha esquerda com a mão direita, descrever uma paysagem, executar tres ordens, contar os 200 réis que ha em seis moedas, das quaes tres de 400 réis, designar quatro côres diversas.

O menino de 8 annos compara de cór dous objectos, conta de vinte até zero, mostra as falhas de certas figuras, diz a data e repete cinco algarismos.

Aos 9 annos é facil dar um troco, dizer para que servem as cousas, reconhecer todas as moedas, enumerar os mezes e responder a perguntas faceis.

Aos 10 annos se avalia a differença de pesos, se reproduzem de cór desenhos, se faz a critica de phrases absurdas, ha respostas a perguntas difficeis e se consegue fazer a prova de Masselon, isto é, formar com tres palavras uma phrase.

Com a idade de 12 annos é possivel resistir a uma suggestão de linhas, collocar tres palavras em uma phrase, dizer mais de 60 palavras em tres minutos, dar definições abstractas e realisar a prova de Ebbinghaus modificada, isto é, collocar em ordem as palavras esparsas que formem uma phrase.

Aos 15 annos é facil repetir cinco algarismos, encontrar em um minuto tres rimas, repetir uma phrase de 26 syllabas, interpretar uma figura e resolver um problema de factos diversos.

De 15 annos em diante é possivel comprehender o que resulte de um papel cortado, inverter um triangulo, fazer differenças abstractas, distinguir um presidente de um rei e resumir um pensamento.

Em qualquer caso se accrescenta um signal positivo (+), si o individuo acertar, negativo (—), si errar e duvidoso (+), si pouco preciso. Por este methodo se consegue calcular a idade mental de qualquer pessoa e comparando-a com o numero de annos de vida que tenha, será possivel verificar si se trata de um normal ou de um debil, imbecil ou idiota.

O modo pelo qual se póde obter o quociente de intelligencia e assim se medir o nivel intellectual de um individuo, já foi exposto detidamente no Capitulo deste Livro, que versa o assumpto.

Gráos diversos se pódem admittir na debilidade mental, desde a chamada fraqueza de espirito até o quasi imbecil.

Aquelles que são fracos de espirito chamam a attenção pela puerilidade de certos conceitos. Dizem certas tolices que não são compativeis com a sua idade. O raciocinio que emittem, parece, ás vezes, o de uma criança.

E' notavel a credulidade que apresentam.

Conta-se-lhes uma historia absurda e nella acreditam cegamente. São ludibriados com uma facilidade extraordi-

naria. Muitas vezes se soccorrem do auxilio de parentes ou pessôas conhecidas, á cuja direcção se confiam sem maior analyse.

Vivem a frequentar espiritas, charlatães, curandeiros, feiticeiros, etc., sempre convictos da realidade de quantos absurdos elles propugnem. Formam, não raro, a comitiva de homens intelligentes que os exploram e os levam a luctar pelas idéas que entendem apregoar. Em muitas revoluções se envolvem precipidamente. A certas doutrinas se entregam sem maior ponderação.

No olhar transparece, ás vezes, o afan em bem comprehender o que se lhes diz.

No vestuario ha uma tal variedade de côres e extravagancia de feitios, que na rua chamam a attenção para quantos os vêm.

Em alguns casos a extravagancia de vestuario é producto dos que delles vivem a chasquear, e que lhes mettem na cabeça como moda, estas cousas.

Em alguns ha uma insufficiencia intellectual generalisada. Alguns fracos de espirito têm, porém, muito bôa memoria e um conheço eu que, numa sociedade de moças, recitava, em latim, trechos enormes de Virgilio, e, quando discutia questões de direito, enunciava de cór quasi todos os artigos do Codigo. Em certos momentos desconfiava de que delle estivessem zombando, mas si se lhe insufflava a vaidade, voltava á mesma exhibição ridicula.

Do fraco de espirito se passa, pouco a pouco, ao typo mais completo do debil mental. Ahi já ha muitas vezes deficiencia de attenção e em consequencia disso cada vez mingua mais o ról de conhecimentos que o individuo deva possuir.

Como seja difficil a comprehensão das cousas, não lhe interessa estar prestando attenção.

Sempre se resentem o julgamento e o raciocinio. Com bases verdadeiras e certas não ha uma illação segura. Quando se espera uma resultante, vem outra, tola, pueril.

Na escola, o debil mental fica sempre muito atrazado em relação aos companheiros. Estes evolúem proporcionalmente á sua idade e á sua frequencia. Aquelles vão se arrastando, quasi sempre regredindo, a ficar no grupo dos atrazados ou de menor idade.

Póde succeder que o debil mental chegue a fazer alguns exames, a adquirir alguns *conhecimentos*. Tudo

porém, só se dá no fim de muito tempo e á custa de muito esforço. Em consequencia desta grande difficuldade na aprendizagem, a instrucção do debil é sempre muito rudimentar e, si se dá o facto de se lhe conceder qualquer emprego, este será sempre muito secundario e sem carencia de maior habilidade.

Póde haver o desenvolvimento de certas qualidades intellectuaes, em contraste com o geral dellas, muito escasso. E' o caso do debil mental do asylo de alienados de Praga que sabia dizer de cór o nome de cada santo, correspondente a cada dia do anno.

Winslow referio o caso de outro que dizia de côr as datas dos enterros de seus conhecidos que nos ultimos 35 annos haviam fallecido. Witzel citou o caso de outro que fazia de cór grandes multiplicações e divisões. Lafora, em 1934, citou varios casos semelhantes. Heim referio uma que dizia de cór os minutos que faltavam para completar o anniversario de uma pessoa.

Alguns têm a facilidade da réplica prompta, mesmo espirituosa, embora pueril, como succedia com os bôbos dos reis.

Citam-se exemplos de debeis mentaes com grande capacidade para a musica ou para o calculo. No entanto, concebe-se bem que em qualquer caso não haverá o espirito criador e, sim, o testemunho de uma grande memoria. No individuo normal tudo é effeito de desenvolvimento intellectual e cultura, de sorte que todas as qualidades evolúem synergicamente. No debil mental, o grande desenvolvimento de uma, sem synergia com o das outras, testemunha apenas o effeito de cultura e excitação individualisada, de sorte que, na analyse intima do facto bem se vê que não ha uma prova de intelligencia.

Como é muito mais facil reproduzir do que criar, acompanhar do que guiar, concordar do que discutir, vê-se bem na collectividade a caracteristica do debil mental na facilidade com que se incorpora ás idéas extranhas que se lhe incutam, e a teimosia com que, sem maior analyse, acompanha a orientação de individuos charlatães ou exploradores.

Como em qualquer imbecil ou idiota, póde haver na debilidade a concurrencia de varios estygmas physicos de degeneração.

Estes, porém, nunca adquirem a intensidade das outras duas fórmas. A existencia delles, que sempre tem uma

significação muito menos expressiva do que a dos psychicos, é uma prova de que é congenita a debilidade mental. Esta póde, de facto, ser congenita ou adquirida. No primeiro caso, que é uma resultante de um vicio nutritivo do embryão, de uma encephalite chronica, etc., desde os primeiros tempos da vida já se destaca a curteza mental. No segundo caso, ha o exemplo do que se tornou debil depois da epilepsia, de uma meningite, de uma encephalopathia qualquer.

Diz Laignel-Lavastine que na debilidade mental se depara o syndromo da debilidade motora de Dupré, constituido por syncinésia, signal de Babinski, exaggero de reflexos, desazo de movimentos, paratonia ou impossibilidade de fazer o braço molle, testemunho de uma dysgenesia no desenvolvimento do cerebro motor, em consequencia de qualquer diplegia ou hemiplegia cerebral infantil.

O debil mental é, geralmente, muito vaidoso, buscando frequentemente chamar a attenção sobre a sua propria pessôa. No vestuario já ha prova disto. Demais, em alguns casos, fala elle constantemente sobre os assumptos mais diversos, enchendo todas as pausas da conversação alheia, pouco preoccupado com o diminuto valor de suas idéas. E' muito commum haver periodos de grande excitação quando se contraria qualquer de suas idéas. Mostra-se, então, muito loquaz e aggressivo.

Não raramente coexiste no debil mental a debilidade moral. Não poude haver, pela dysgenesia psychica, a acquisição de certos principios mais elevados e, como consequencia disto, se vê o individuo a transgredir as leis sociaes, reincidindo na pratica de actos delictuosos, de cujo alcance e significação não tem a devida comprehensão. Dupré assignala, todavia, a delicada sensibilidade moral que em alguns debeis se encontra. E' o exemplo de individuos debeis mentaes que são muito meigos e affectivos.

Uma cousa não obriga outra, mas muitas vezes coexistem a deficiencia de intelligencia e da moral e a affectividade. Simon e Vermeylen dizem que ha varias modalidades de debilidade mental: o debil ponderado que é um typo harmonico, em que ha diminuição de todas as faculdades; o tolo, em que ha um desequilibrio parcial que prepondera no modo de julgar as cousas, pouco educavel, vaidoso e satisfeito comsigo mesmo; o debil instavel sem

continuidade em suas acções; o pueril, de impressões muito mutaveis e o debil emotivo em que as reacções a qualquer choque são exaggeradas e ferve a imaginação no ambito de sua curteza mental.

Em alguns casos se vêm impulsos ou uma tendencia constante a exercer actos de grande brutalidade com as pessôas que os contrariem. Muitos debeis mentaes vivem a frequentar as prisões, não só porque nellas seja foreira esta brutalidade, como tambem porque falta de cultura e de capacidade intellectual os colloca em situação de não dar o devido valor ás leis que nos regem.

Embora possa haver a associação de qualquer doença mental com outra, o que constitúe a psychose associada, com a debilidade mental o facto se vê mais vezes, e não raro vem ella a fórmar o fundo, em que se enxerta e evolúe com seus caracteres proprios, outra entidade clinica.

Si um delirio episodico de degenerados se desenvolve em um debil mental, ha logo o predicado de menor brilho do conceito delirante e de maior facilidade no acceitar as idéas mais absurdas. Roubinovitch, Baruk e Bariéty apresentaram em Outubro de 1922, no "Encéphale" um estudo curioso a respeito do liquido cephalo racheano na debilidade mental infantil simples, em que chegaram ás seguintes conclusões: hyperalbuminóse em 41 % dos casos, lymphocytóse em 16 %, frequencia na dissociação destes dous elementos, Wassermann negativo no liquor e positivo no sangue, neste apenas em um terço dos doentes, e grande augmento na pressão do liquor.

Accentúa que a existencia em 41 % de debeis mentaes, de uma hyperalbuminóse é testemunho de que ha um elemento organico em casos apparentemente funccionaes.

Póde haver vestigios de uma reacção meningéa, infecciosa ou toxica, mais ou menos apagada.

No que concerne á genesis da debilidade mental, em muito importa o factor hereditario.

E' notavel a frequencia com que se depara nos progenitores o alcoolismo. Em muitos casos este se constatava no acto da fecundação. A syphilis nos progenitores muitas vezes tambem se verifica. Outras vezes a debilidade mental foi adquirida. E' o caso, em que houve um processo de meningite ou de encephalite aguda, a que se seguiu o *deficit* mental. Em alguns casos se trata de um epileptico que, após crises repetidas ou tratamento brometado exaggerado, assim ficou. Processos infecciosos de

pequena monta podem agir sobre um cerebro meiopragico e vir a se formar a debilidade.

Em trabalho de 7 de Dezembro de 1930, o pranteado Prof. Sante de Sanctis, de Roma, havia demonstrado que muitas vezes a debilidade mental tinha como causa, disturbios endocrinos. Quando tal occorre, ha esperanças de sensivel melhoria. Quando porém, a syphilis é a causa, em 90 % dos casos o espyrocheta já devastou o cerebro por meio de meningo-encephalite ou de gliose, não sendo possivel a cura. Disse elle que muitos debeis mentaes assim ficaram em consequencia de encephalite de localisação cortical, preponderante nos lóbos temporaes e frontal e que alguns instaveis e debeis mentaes tiveram encephalite diffusa com compromettimento dos ganglios da base.

Reder encontrou em 75 % de debeis mentaes perturbações endocrinas.

Em trabalho a respeito do liquido cephalo rachidiano na debilidade mental infantil simples, de Outubro de 1932, Roubinovitch, Baruk e Bariéty verificaram 41 % de hyperalbuminóse, 16 % de lymphocytose, 32 % de Wassermanns positivos no sangue, sempre negativo no liquor. A tensão deste era frequentemente elevada.

Nos que têm neuro ou psychopathias nos progenitores, tal se constata. Potter escreveu um trabalho bem documentado a respeito da therapeutica endocrinica na debilidade mental. Dividiu os debeis mentaes em tres grupos: thymolymphaticos, hypothyreoidêos e dyshypophysarios, segundo a fórma predominante de insufficiencia endocrinica. No primeiro grupo fez a applicação de thyroide e hypophyse, verificando augmento do peso e da altura, descida dos testiculos, melhor tonus vascular, augmento do assucar no sangue e elevação do nivel intellectual. Evidentemente se poderia administrar com proveito o extracto de thymo.

O grupo hypothyreoidêo recebeu como remedio grandes dóses de thyreoide, iodeto e mais tarde hypophyse. Em um terço dos casos se constatou sensivel augmento de intelligencia, observando-se mais commumente augmento da altura e peso, modificação dos tegumentos, augmento de pressão arterial e glycemia.

No grupo dyshypophysario predominavam as mulheres. Empregou a hypophyse e constatou melhoria da intelligencia, embora menos frequentemente do que nos outros casos.

A *imbecilidade* é constituida por uma fórma clinica, em que o *deficit* mental é maior do que na debilidade mental.

Esquirol diz ser ella constituida por individuos que, "pela fraqueza dos orgãos destinados á manifestação do pensamento, são de uma tal mediocridade, que são incapazes de se elevar aos conhecimentos e á razão communs a todos os individuos da mesma idade, da mesma posição e da mesma educação que elles.

Para bem caracterisar o que seja a imbecilidade é preciso, antes de mais nada, destacar o que a ella caiba e á idiotia.

Não são accórdes os auctores nos elementos que frisem a differenciação entre uma e outra. Alguns escolhem para estabelecer a demarcação a capacidade da palavra.

Dizem que o idiota não consegue articular uma palavra, ao passo que o imbecil o faz.

Discordam outros do valor deste padrão e appellam para a questão das lesões cerebraes. Dizem que no idiota ha uma encephalopathia chronica, frequentemente acompanhada de hemiplegia, microcephalia, hydrocephalia ou qualquer outro caracteristico grosseiro de uma dysgenesia ou agenesia cerebral.

Si as deformações são muito pronunciadas, será mais natural que se trate de idiotia, porém não pelo facto de encephalopathia, pois ha muitos casos com hemiplegia, em que a intelligencia bem pouco compromettida se mostra. Será sempre uma questão de localisação e de intensidade de lesão.

Freud caracterisou cerebroplegicos, sem paralysia, profundamente idiotas. Seria, então, a lesão no lóbo frontal.

Assignalam auctores que os idiotas são, em tudo, pouco desenvolvidos e que até na altura pouco evolúem. As deformações são frequentes e os ossos, quer do craneo, quer da columna vertebral, têm anomalias que bem despertam a attenção de quem os observa.

O Professor Franco da Rocha estabelece um excellente criterio para distinguir um imbecil de um idiota: dispôr o imbecil de linguagem e attenção sufficientes para dar um recado simples.

Não me parece bom o conceito de Cramer, que diz parecer o idiota uma criança dos primeiros mezes de vida e o imbecil d'uma idade mais adeantada. E' um processo de cotejo muito relativo, sujeito a innumeras causas de erro.

O repositorio de idéas dos imbecis é, positivamente, muito maior do que o dos idiotas.

Conseguem apprehender alguma cousa e comparar o que vêm, com o que anteriormente se lhes deparou.

Morselli diz que na imbecilidade ha uma fórma biopathia de deficiencia mental, ao passo que na idiotia uma fôrma cerebropathica. No primeiro caso parece haver, ás vezes, um simples vicio funccional, ao passo que no segundo, um substracto organico.

No caso da imbecilidade se não apprehende, muitas vezes, a causa do vicio degenerativo: appella-se, então, para qualquer predicado degenerativo dos progenitores que acarretasse qualquer dystrophia no embryão e consequentemente dysgenesia psychica.

Ponto interessante para a differenciação é o da sordice: ao passo que os idiotas se chafurdam nas fézes e urina, descuidosos sempre do proprio asseio, os imbecis se não entregam á mesma immundicie.

O idiota completo foi comparado a um vegetal e o imbecil a um macaco.

A imbecilidade póde ser congenita ou adquirida. No primeiro caso tudo é effeito de um vicio nutritivo embryonario e vêr-se-ha nos progenitores a incidencia de grandes abalos moraes, de alcoolismo, de syphilis, de neuropathias, etc. No segundo caso houve uma doença qualquer que comprometteu o pleno desenvolvimento cerebral.

Neste caso é preciso que a doença não tenha sobrevindo depois do individuo bem adeantado em annos, circumstancia em que poderá haver o enfraquecimento mental adquirido, porém não, a rigor, uma verdadeira imbecilidade.

O motivo, pela qual a imbecilidade se fórma, é invocado pelos auctores na existencia de perturbações da ontogenesis, ligadas a pobreza de energia bioplastica dos germens procreadores e consistindo em anomalias do numero, na composição ou na estructura das cellulas corticaes, ou, então, na disposição dos elementos nervosos nas diversas regiões e camadas da côdea cerebral.

A's vezes não têm as fibras tangenciaes a sua myelogenesis completa; em outros casos, as cellulas corticaes conservam o feitio embryonario ou fetal.

Falta do corpo colloso, apagamento de sulcos que dividem as circumvoluções frontaes têm sido referidos.

Em alguns ha deformações craneanas, particularmente augmento de volume e asymetria. Muitas vezes

articula o imbecil muito mal as palavras, já porque gagueije muito, ou fale em tom de falsete, ou não consiga articular bem certas letras. Assim o *r*, o *s*, o *f*, e o *z* são muito mal pronunciados. Si consegue aprender a lêr, vê-se que, não raro, o faz, sem que respeite as pausas e mudando sem necessidade de intonação durante a leitura.

O canto não dispõe, igualmente, de expressão e vida e, embora a letra tal não signifique, póde tomar um feitio de funeral.

Evidentemente, na linguagem não consegue obedecer a regras de grammatica que bem não conseguiu aprender.

Quando caiba o subjunctivo, se servirá do indicativo. Na narrativa bem se sente a pobreza de idéas. Não presta attenção ao que lhe ensina, como uma reacção natural deante da difficuldade de aprender. Demais, não ha interesse, como no typo normal, em ter uma certa somma de conhecimentos. Si se lhe offerece um pouco de alcool, delle abusa descuidoso de qualquer consequencia. A auto-critica é muito escassa e se não apercebe do ridiculo ou de qualquer desvio na conducta honesta.

Morselli e Tamburini chamam a attenção para a falta de geito e habilidade que revelam os imbecis em tudo quanto fazem.

Mesmo no modo de andar são elles desageitados. Em actos que já executaram muitas vezes, sente-se, não raro, a inhabilidade de quem os inicia.

E' bem frequente a intercurrencia de tiques, mais intensos nos musculos faciaes.

A's perguntas que se lhes façam, respondem, ás vezes, com um certo custo: não é que não as tenham escutado, e, sim, que bem não comprehendem o seu significado. Pódem responder uma cousa inteiramente sem nexo, mas o commum é que na resposta se depare uma certa relação com a pergunta, eivada, porém, sempre, de uma puerilidade notavel, de um testemunho positivo de que só a superficialidade das cousas foi apprehendida.

Os sentimentos altruistas são completamente dominados pelos egoistas. Deante de um bom prato de comida, que não chegue para os outros, não hesitam em servir-se, sem deixar para os demais. O interesse proprio em tudo se salienta. Pódem revelar amizade por outrem, mas não vão á dedicação e sacrificio. Naturalmente o imbecil se não póde desvelar na defesa de uma idéa. O conceito de honra e de patria é para elles objecto de nonada.

Quando crianças, só não fazem o mal com o medo do castigo. Nunca attendem a conselhos ou pedidos que collidam com o seu interesse.

No humor se salienta a apathia. No entanto, são muito instaveis e por qualquer nonada ficam irritadissimos. Quando nelles se nota a alegria, é acompanhada por um sentimento de puerilidade que faz com que não guarde proporção para o motivo que para tal existe.

São, em geral, preguiçosos e este defeito é a consequencia natural da falta de interesse pelas cousas e da difficuldade em comprehender quanto lhes diz.

São anti-sociaes e se não pódem conformar com as leis que os obrigam a trabalhar e se submetter a um certo numero de convenções. A vagabundagam e a prostituição recrutam muitos dos seus adeptos entre os imbecies. A prostituição se explica pela falta de comprehensão das normas de honra e pela facilidade com que se entregam aos engôdos de outrem.

O imbecil mente com facilidade, para simplificar o seu raciocinio. Não é por falta de memoria. E' para evitar o trabalho psychico sempre para elle muito difficel. Nas phantasias que cria, em que se sente um fundo vaidoso e pueril, se destaca sempre a pobreza da imaginação.

Não raro se enfeitam estes individuos com titulos que não possúem. Gostam muito de se apregoar portadores de titulos de nobreza ou de qualidades scientificas que não possúem. Ha os que fingem de medicos e vivem a receitar banalidades. A proposito de tudo querem dar opinião e enxertam na conversa os commentarios mais absurdos.

O modo violento, pelo qual, ás vezes, reagem, dá a impressão de valentões, mas, no amago das cousas, bem se percebe que nelles falta a coragem e um conceito justo e nobre. Por uma simples pirraça pódem atear fogo a uma casa; para se locupletarem com um objecto de enfeite não hesitam deante de um furto.

E' interessante vêr como habitualmente desconfiam do que é verdadeiro, e acreditam no que é falso. Ha caso em que a imbecil se deixa deshonrar sem o menor sentimento de affecto e, no entanto, recusára furiosa um beijo a quem tinha sentimentos puros.

Ha duas grandes variedades de imbecilidade: a de fórma *apathica* e a *agitada*. No primeiro caso ha pobreza intellectual, associada a um estado normal de abatimento, de depressão. Não é um fundo melancolico que predomi-

na, o que implicaria a concepção de um motivo para tristeza. E' a asthenia, a indifferença por tudo e por todos. E' a apathia uma resultante do desinteresse e da pobreza intellectual.

Na fórma agitada, em que a excitabilidade do doente lhe impõe, muitas vezes, a reclusão em uma casa de saúde, ha frequentemente delirio, sempre de conceito pueril, muito frequentemente de fundo allucinatorio. Na imbecilidade, como em qualquer entidade clinica, póde haver o enxerto de varios syndromos. Assim se nota o maniaco-depressivo, o confusional, o delirante episodico ou o paranoide.

Embora o aspecto clinico se mostre um pouco outro pela intromissão destes elementos clinicos, sempre predominará a deficiencia intellectual, a emprestar ao conjuncto um feitio particular.

Marfan caracterisou muito bem a *imbecilidade mongoliana*, em artigo da Presse Médicale, de 3 de Novembro de 1926.

O paciente parece um chinez. Com os olhos muito pequenos, apertados, com a arcada superciliar pouco saliente, cabeça muito pequena e redonda, cabellos abundantes, lingua com aspecto escrotal, pelle de côr parda escura, pescoço curto, respiração ruidosa, tem um aspecto caracteristico. Não ha o verdadeiro nanismo como no myxedema. Ha grande affectividade pelos pais e odio aos extranhos. Em autopsias tem sido verificada hypoplasia da côdea cerebral, predominante na face inferior do cerebro, na região da hypophyse e do 3.º ventriculo.

Nas oligophrenias é muito importante o papel da herança. Brugger em 127 doentes verificou herança psychopathica em 100.

Entre irmãos, 21,6 % de casos.

Em estatisticas muito bem feitas, a influencia da herança se vê em 80 % de casos.

Em trabalho do Prof. Stern, na Revista Medica Germano Ibero Americana, de Janeiro de 1933, assignala elle a importancia dos disturbios endocrinos na genesis da imbecilidade. Mostra a frequencia com que no caso a radiographia craneana constata lesões. Chama a attenção para um exame interessante: modificações dos capilares da raiz da unha.

A *idiotia* representa uma fórma muito mais accentuada de deficiencia intellectual. Como já tive ensejo de dizer, o idiota é incapaz de transmittir um recado, muitas

vezes não consegue articular uma unica palavra, tem commummente deformações organicas para o lado da cabeça, tem sempre o testemunho physico e psychico de uma lesão cerebral, é geralmente sob o ponto de vista intellectual, inferior ao proprio macaco.

Póde haver varios gráos de idiotia, desde a fórma completa e absoluta até a educavel, fronteiriça da imbecilidade

Esquirol dizia ter a idiotia um estado mental, em que as faculdades intellectuaes nunca se manifestaram. Comparava o idiota ao demente, sendo aquelle semelhante ao homem pobre que nunca tinha possuido cousa alguma, e este, ao pobre que antigamente fôra muito rico.

Esquirol estabelecia como criterio para divisão dos idiotas a capacidade de falar e assim seleccionava idiotas que podiam dizer phrases curtas, outros que só emittiam gritos inarticulados e outros, emfim, cuja voz não emittia um unico som.

Schüle admitte: o grande idiota congenito, o grande idiota por lesão adquirida, o idiota educavel, o hydrocephalico, o microcephalico e o mixedematoso.

Bourneville, tomando unicamente em consideração as lesões anatomo-pathologicas, admitte: o hydrocephalico; o microcephalico; o que tem parada na desenvolvimento das circumvoluções; o que tem uma má formação congenita do cerebro como porencephalia, ausencia do corpo calloso, etc.; o com esclerose hypertrophica ou tuberosa; o com esclerose atrophica, quer de um ou ambos os hemispherios, quer de um lóbo cerebral, quer de circumvoluções isoladas, consequencia, muitas vezes, de meningite ou meningo-encephalite chronica; o com ausencia da glandula thyreoide ou myxedematoso.

No idiota chama logo a attenção o aspecto physico. E' muito feio, cheio de estygmas physicos de degeneração, muitas vezes encarquilhado o rosto como si fôra de um velho.

O tamanho é pequeno e commummente se destaca uma anomalia grosseira na cabeça: ou muito grande, ou muito pequena, ou bem asymetrica. Os olhos encovados têm, muitas vezes, uma pelle a lhes encobrir o seu angulo interno. Outros têm o ptérygion congenito, outros o olho mongolico.

As orelhas pódem ser muito asymetricas, acabanadas; os dentes mal implantados, têm o desenvolvimento retardado. O tronco e os membros têm muitas deformações. A columna vertebral tem commummente desvios e ha *pied*

bots, mãos com os dedos augmentados, braços e pernas demasiadamente curtos, etc.

Ha defeitos nos orgãos genitaes.

Póde haver modificações na sensibilidade cutanea, que póde mesmo estar abolida.

Em alguns casos ha falta congenita da vista. Em outros, o individuo é surdo-mudo ou apenas muito surdo.

O idiota não sabe distinguir os bons perfumes, nem tão pouco seleccionar os bons manjares. Ha, muitas vezes, paralysia dos esphyncteres e por isso vive o idiota a urinar e a evacuar sem sentir. Muitas vezes, porém, tal occorre, não por este facto, e, sim, pelo grande descaso, nelles foreiro, pelo asseio. São communs os tiques, os movimentos athetosicos, as paralysias ou contracturas parciaes, as crises epileptiformes.

A pelle, em geral é muito secca, cheia de rugas, a se descamar por qualquer cousa, prenhe de varices, frequentemente cyanosada e fria nas extremidades.

A masturbação é commum e praticada em publico, sem rebuços. O periodo menstrual é sempre dos mais irregulares.

O idiota já chama a attenção desde os primeiros tempos de sua vida. E' um custo para que aprenda a mamar. Não sabe sugar o bico do seio que se lhe introduz na bocca, e é preciso que se esprema o leite numa colher, para que não venha a morrer de inanição. E' facil notar, no fim de poucos mezes, que elle não comprehende cousa alguma. Não distingue a voz carinhosa dos pais da de qualquer outra pessôa. Não revela por um sorriso intelligente o prazer que a approximação delles lhe traz.

No tempo em que deve andar, vê-se que o não faz, ou com muito custo aprende.

Ha, em alguns casos, verdadeira voracidade pelo alimento e o idiota quasi o não mastiga. Em outros vê-se uma ruminação, verdadeiro phenomeno de merycismo, identico ao de certos animaes.

Como na imbecilidade, póde-se tambem admittir duas fórmas: a apathica e a agitada. No primeiro caso, em que o individuo se póde assemelhar a um verdadeiro trapo humano, ha torpor e vida exclusivamente vegetativa. No segundo caso ha grande excitabilidade, actos aggressivos, sempre tudo acompanhado pela falta de intelligencia.

Wildermuth divide os idiotas em dous grandes grupos: os que se constituiram durante o periodo fetal ou logo ao nascer, e os que se formaram durante os primei-

ros mezes da vida. Vê-se pois, como nórma, que Kraepelin sancciona, ser a idiotia uma doença que se fórma no periodo fetal ou nos primeiros tempos da vida.

Ninguem póde ficar idiota depois de uma certa idade: póde ficar imbecil, debil mental ou apenas enfraquecido intellectualmente.

Como não comprehenda cousa alguma do que se lhe diga, não póde ter elle interesse em prestar attenção e, assim se vê estar elle sempre indifferente a qualquer solicitação que se lhe faça.

Não ha a menor demonstração affectiva por quem quer que seja, e apenas ha um testemunho ruidoso de prazer pela comida, que mal mastiga e engole vorazmente.

Crailsheimer verificou em 33, 6 % dos idiotas que observou, absoluta ausencia da palavra. Em alguns casos ha apenas grunhidos como si fossem bichos.

Galton descreve casos de idiotia, em que o individuo poderia repetir séries de tres ou quatro letras, pronunciadas muito de vagar, ao passo que crianças normaes falohiam sem fifficuldade em relação a sete ou oito letras. Nestes casos, porém, já se não trataria da verdadeira idiotia e, sim, da semi-idiotia. Ahi já ha uma especie de ponto de transição para a imbecilidade.

A idiotia familiar amaurotica ou doença de Tay-Sachs é uma modalidade de idiotia que se encontra nos judeus, em varios membros de uma mesma familia, constituindo-se no decurso do primeiro anno de vida, com cegueira rapida, marasmo e morte em curto prazo.

A fórma juvenil da idiotia familiar amaurotica ou doença de Spielmeyer-Carlos Vogt é uma variedade que se desenvolve mais tarde, de 4 a 16 annos, acarretando cegueira, diplegia e demencia. Ao passo que na fórma de Tay-Sachs o exame ophthalmoscopio denuncia na região da macula lutea um descoramento circumscripto e no centro, no lugar da fovea centralis, uma mancha vermelha, côr de cereja, na fórma de Spielmeyer-Vogt ha simples atrophia do nervo optico. Neste ultimo caso é tambem muito vagarosa a evolução do mal.

Spielmeyer achou como causa da cegueira uma retinite pigmentaria.

Higier cita uma familia, em que dous irmãos tinham a fórma de Spielmeyer-Vogt, dous de Tay-Sachs e dous heredo-ataxia cerebellar.

Savini-Castano e Savini, no *zeitschrift für Kinderheilkunde,* fascs. 5 e 6, de 1913, fizeram um estudo his-

tologico detalhado do typo Tay-Sachs, verificando ausencia quasi completa de myelinisação, estado pyriforme das cellulas nervosas, ausencia de neurofibrillas e de cylindricio, infiltração das bainhas vasculares, lesões parenchymatosas intensas na região posterior do cerebro, acreditando haver uma parada de desenvolvimento, dependente de uma insufficiencia pluriglandular e complicada com uma degeneração progressiva endo-toxica.

Bertrand e von Bogaert, no Encéphale de Outubro de 1934, escreveram sobre a fórma infantil da idiotia amaurotica familiar. Mostraram que Kufs tinha razão em reservar o nome para a fórma infantil, pois as fórmas mais tardias são mais cerebellares.

O factor racial representa papel importantissimo. Entre os judeus é mais encontradiça.

Bielchowsky acredita haver uma determinação ectodermica central de uma perturbação geral dos lipidios. Marinesco diz haver uma viciação dos fermentos.

Outra fórma de idiotia é a mongoliana.

Nella os olhos têm a configuração igual á dos chinezes, sendo o nariz muito curto e achatado na base, a bocca muito curta, com labios grossos, deixando pender a lingua volumosa e espessa; as orelhas mal conformadas e o craneo muito pequeno, arredondado, com persistencia das fontanellas e suturas. Os orgãos sexuaes têm um desenvolvimento incompleto.

A pelle póde ser espessada ,dura e secca, não se notando porém, jámais, o edema das palpebras, o enrugamento da fronte, o burlete da nuca e os pseudo-lipomas supraclaviculares do myxedema.

O humor do idiota mongoliano é geralmente bondoso, revelando, muitas vezes, uma grande tendencia ao riso franco.

Outra fórma de idiotia, que com esta muito se parece, é a *myxedematosa* tambem chamada myxedema infantil ou cretinismo esporadico. Depende de uma alteração da glandula thyreoide, que se encontra frequentemente esclerosada, com grande proliferação do tecido conjunctivo intersticial.

A pelle é muito pallida, espessa, muitas vezes bem amarellada, sendo cheios de sulcos a face, os angulos externos dos olhos, a região frontal e as palpebras.

O nariz, de ventas muito largas, está achatado na base. As regiões zygomaticas são muito salientes. O pes-

coço é curto e largo e num dos casos se observa um bocio volumoso.

No excellente trabalho de Parhon, publicado no *Encéphale,* de 10 de Novembro de 1903, refere elle a frequencia com que se encontram lesões da thyreoide nos casos de idiotia. No entanto, diz elle que em muitos delles é a lesão cerebral a causa que influencia o estado anatomico e funccional da glandula thyreoide.

A idiotia *hydrocephalica* póde ser congenita ou adquirida. No primeiro caso a criança já nasce com um grande augmento de liquido cephalo-racheano, consequentemente, no geral, a um processo de heredo-syphilis.

A hydrocephalia adquirida fórma-se muitas vezes por ter havido uma grande compressão do craneo no acto do nascimento.

Derivaria frequentemente de traumatismos, si bem que qualquer processo infeccioso a possa acarretar. A's vezes, na idiotia hydrocephalica o augmento de volume na cabeça attinge a tal intensidade que o individuo não a consegue soerguer do travesseiro.

Na idiotia *microcephalica* o craneo impressiona tanto pela sua pequenez que se pensou em fazer o trepano, a vêr si assim se obtinha que o cerebro pudesse evoluir e dilatar o craneo. Lannelongue, que neste processo confiou, teve absoluto insuccesso e bem depressa se comprehendeu que craneo e cerebro se não desenvolvem em consequencia de heredo-syphilis ou de qualquer disturbio endocrinico que a ambos vá influenciar.

No caso em que ha idiotia *por falta de desenvolvimento de algumas circumvoluções cerebraes,* particularmente as dos *lóbos frontaes,* póde ter sido motivo uma applicação de forceps mal feita, a esmagar uma parte do craneo. Na idiotia consequente á *porencephalia,* ha, muitas vezes, manifestações epileptiformes e paralyticas.

Babonneix escreveu na *Revue Neurologique,* de Julho e Agosto de 1908 um bom artigo sobre a esclerose tuberosa.

E' uma das causas da idiotia, influenciada, tambem, por sua vez, poderosamente, pela heredo-syphilis. As tuberosidades são, muitas vezes, séde de lesões vasculares que muito se apropinquam das que a syphilis provoca. Como elemento irritativo, é natural que suscite o apparecimento de crises epilepticas. A idiotia por *esclerose atrophica* é muito frequentemente caracterisada pelo feitio da hemiplegia espasmodica infantil, havendo crises epileptiformes muito reiteradas.

Quando a idiotia é *meningitica,* ha um elemento irritativo, caracterisado pela carapaça resistente residual que, impedindo o desenvolvimento cerebral, suscita, commummente, crises de natureza epileptiforme.

No que concerne á *anatomia pathologica,* as pesquizas feitas têm vindo confirmar os elementos que permittiram a Bourneville fundamentar a sua classificação.

O cerebro do idiota é, em geral, muito pequeno e endurecido. Em consequencia do tamanho, muitas vezes dependente da falta de algumas circumvoluções, ha sensivel diminuição do peso. As cellulas cerebraes, em muito menor numero, de bordas retalhadas, têm, muitas vezes, infiltrações pigmentarias ou calcareas. Em vez do tecido nobre, ha uma grande proliferação de tecido conjunctivo.

Demais, são foreiras meningites, meningo-encephalites, hemorrhagias, amollecimentos ou porencephalia.

O craneo se apresenta commumente muito asymetrico.

O *diagnostico differencial* deve ser feito, antes de mais nada, com a *imbecilidade* e a *debilidade mental.* Já foram, porém, apresentados caracteres numerosos, para que a duvida se afaste.

Questão importante é a differenciação com a *eschizophrenia.* Si se apresenta um doente com o mutismo vesanico, physionomia indifferente e se não conhece cousa alguma dos seus antecedentes, póde surgir a confusão. No entanto, a abundancia de estygmas physicos degenerativos, que dão ao idiota um aspecto muitas vezes simiesco, e a falta de modificação physionomica deante de qualquer phrase desagradavel que se lhe diga, chamam a attenção para a idéa de idiotia. Quando o quadro clinico não tomar o feitio completo do estupôr catatonico, muito mais facil será a diagnóse. O demente precoce será um idióta da affectividade e o idiota sel-o-ha essencialmente da intelligencia.

Póde surgir a duvida de se tratar de um caso de *paralysia geral.* Com a fórma demencial ou com a infantil a confusão será bem possivel. pois os doentes têm, muitas vezes, o mesmo feitio. No entanto, as provas de laboratorio elucidarão perfeitamente as duvidas, quando. por acaso, não houver o auxilio esclarecedor do conhecimento dos antecedentes.

Si o idiota já se apresentar envelhecido, poder-se-ha tomal-o como um *demente senil.*

Este é porém, segundo a comparação classica, o pobre que já foi rico, ao passo que o idiota é o pobre que sempre o foi. Na demencia senil predomina o comprometti-mento da memoria, ao passo que na idiotia o da intelligencia.

O *prognostico* da idiotia é desfavoravel.

Em consequencia das lesões organicas irremediaveis, que impedem o desenvolvimento da intelligencia, não se conseguirá que possa elle tornar-se um individuo normal.

O *tratamento* deve ser orientado em tres direcções: a de buscar remover o fundo syphilitico que existia, a de corrigir possiveis disturbios endocrinicos e a de empregar recursos medico-pedagogicos que procurem tornar uteis rudimentos de intelligencia que existam.

Nos oligrophrenicos costumo receitar, com proveito, extracto de *thyreoide*, de 1 a 10 de cada mez, extracto de *thymo*, de 11 a 21, extracto de *hypophyse*, de 22 a 31.

O 914, em pequenas dóses, é muito aconselhavel. A *therapeutica* pelo *trabalho* é muito proveitosa.

Na Allemanha ha um processo criado pelo Prof. Sickinger, de Mannhein, que estabelece tres typos de graduação de escolas: classes para alumnos de capacidade normal, classes de avanço para debeis mentaes e classes auxiliares para anormaes propriamente ditos (epilepticos, imbecis profundos, etc.).

Hebber diz que a psychotherapia educativa dos debeis mentaes deve começar aos quatro annos. Marcken lembra que os jesuitas têm um proverbio que diz: dae-me os sete primeiros annos da vida de um menino e não me preoccupa quem depois o educará.

Isto mostra que é justamente nesta epocha que a criança é mais educavel e mais amoldavel.

No que diz respeito á vida nas escolas, é hoje cousa assente que as crianças devem ser separadas segundo o nivel intellectual e não segundo a idade.

Isto serve para impedir que um prejudique o outro e que uma criança que possa ir mais depressa na aprendizagem, fique a marcar passo, repisando o que já sabia, á espera de que a outra, debil mental, possa chegar ao que já conheça bem. Demais, nos Institutos para debeis, ha officinas adequadas, em que se entregam a serviços compativeis com seu nivel intellectual.

No Pavilhão Bourneville do Hospital Nacional de Psychopathas, serviço modelarmente organisado pelo notavel e pranteado pediatra Fernandes Figueira, ha uma série

de jogos, exercicios manuaes diversos que comprovam e estimulam o nivel intellectual dos debeis mentaes.

Ha Colonias familiares, em que elles são educados em familia, como em Gheel, na Belgica, Dron, Ainay e Chezal Benoit, na França.

Simon e Vermeylen dizem que qualquer que seja o tratamento, nunca um debil mental attingirá pela sua intelligencia mais de nove annos de idade.

No tratamento da imbecilidade, além dos recursos opotherapicos assignalados e do 914, Stern aconselha o *lipatren*, de que deve ser dada meia pastilha, em dias alternados.

O emprego dos raios X penetrantes póde ser proveitoso.

Jardins pedagogicos para a infancia oligophrenica, Casas de Saúde para atrazados mentaes são muito aconselhaveis.

No tratamento da idiotia quasi nada se consegue. Pensou-se em tratamento cirurgico. Tem-se tentado a educação pedagogica pelo methodo de Bourneville.

Na educação psychologica procura-se principalmente desenvolver a capacidade de attenção do doente.

Como a idiotia possa derivar da heredo-syphilis, deve-se nella applicar pequenas injecções de 914 e tratamento mercurial intensivo, além do uso de iodeto de potassio. Particularmente com o 914, já se tem visto em alguns casos relativa melhora.

Como recursos opotherapicos tenho receitado o extracto de glandula pineal, o de cerebro e o de testiculo.

Os recursos medico-pedagogicos dominam, porém, a therapeutica da idiotia.

E' o terreno, em que algo se tem conseguido.

Ha Institutos na Europa e na America do Norte, muito bem installados, em que se busca reeducar e instruir os idiotas.

A principio se procura conseguir que executem pequenos exercicios manuaes, pouco a pouco mais complexos. A' força de repetição, com muita paciencia, é que se irá conseguindo alguma cousa. A aprendizagem de qualquer officio é, ás vezes, o maximo que se poderá conseguir. Ao mesmo tempo que se envidam esforços para que se possa elle tornar um pouco util e compensar o dispendio que com elle vai tendo a communidade, é preciso attender sempre aos cuidados de hygiene que, descurados, lhe não permittirão ter vida longa.

DOUTRINA DE FREUD

Poderia parecer extranho que só com o desenvolvimento de uma doutrina scientifica se occupe um capitulo inteiro de um Compendio de Psychatria, mas é justificativa de tal facto ter ella tanta importancia que já ha, exclusivamente a seu respeito, dezenas de volumes e buscar ella esclarecer a razão de ser de muitos disturbios psychicos, logrando, não raro, absoluto exito.

E' a doutrina do pan-sexualismo que toma essencialmente em consideração os accidentes da vida sexual, a bem interpretar as anomalias do sentir, pensar e querer dos alienados.

Tem demasias que se faz mistér extirpar, mas reduzida e bem meditada, consubstancia uma grande verdade. Em sciencia, como nas modas, de seculos a seculos se repetem as mesmas idéas, embora ligeiramente modificadas pelas exigencias da evolução. Outr'ora, tudo se explicava pela alma soffredora e pela intervenção dos espiritos. Era o esmerilhar da vida intrapsychica do individuo. E' esta mesma analyse que vem a sciencia moderna buscando. Cogita ella, por meio da psychoscopia, de bem saber si ha alguma idéa obsidente que esteja actuando sobre o individuo, e qual a sua natureza. E' uma verdadeira indagação do pensamento alheio.

Succede porém, que muitas vezes a idéa que obera o individuo, que o mantém preoccupado, distrahido e influe nos seus actos, é uma preoccupação de natureza sexual. Pela sua propria natureza, pelo vexame que ella lhe acarreta, vive elle a escondel-a, trahindo-se, porém, de quando em vez, pelas suas distincções e actos extravagantes. Qualquer individuo é na sua vida social um reflexo de sua vida domestica. Quem estiver preoccupado com a miseria que se lhe depare no lar, não poderá deixar de mostrar-se em pu-

blico triste ou irritadiço. Poderá ella não ser declarada, mas constituirá a dominante constante do pensamento.

Quantas vezes um chefe de serviço se mostra muito mal humorado e a razão de ser de tal é um desaguizado domestico que elle não divulga, mas que o preoccupa.

Os disturbios da vida sexual são os que preponderantemente influem. A impotencia psychica, com o seu cortejo de estados emotivos, inflúe poderosamente para que o individuo, della victima, viva muito abstracto ou numa grande irritabilidade.

A grande ogerisa que os eschizophrenicos revelam pelos pais, é muito frequentemente a resultante da idéa que têm, de que a impotencia psychica que os tortura, é o effeito da vida de grande reclusão que os pais lhes impuzeram. Não gritam elles, sem ambages, os motivos de sua raiva, mas a doutrina de Freud, rebuscando-lhes o amago do pensamento, tudo esclarece.

Outras vezes, é uma questão de infidelidade conjugal, ou de diminuição de affectividade, ou de relação sexual incompleta ou não satisfeita, ou de delirio de ciume, o factor que mais inflúe na vida psychica do individuo. Na genesis de doenças mentaes póde não ser um factor directo, mas indirectamente nella vai influir, pelos disturbios vasomotores, modificações do metabolismo cellular cerebral que accarrete.

Vê-se, pois, que a sciencia moderna muito se preoccupa com aquillo, em que o individuo vive a pensar, e particularmente com aquillo a cujo respeito é forçado a silenciar.

Não é apenas uma simples questão de curiosidade. O medico vai agir como um verdadeiro confessor e conselheiro criterioso.

Esmerilhado aquillo que mais preoccupa o doente, que chega mesmo a empolgar completamente a sua ideação, o medico, tendo tido conhecimento do segredo do seu cliente, deve procurar confortal-o e remover o mal quando possivel. Começa, então, o soffredor a ter esperanças de que se possa remover a situação angustiosa em que se debate.

O cerebro, que só lhe permittia o viver remoendo o seu pensar e a sua idéa obsessiva, dirige a sua attenção para os recursos que lhe são offerecidos, para a remoção do problema obsessivo.

Neste verdadeiro trabalho de escaphandro nos escaninhos do pensamento alheio, vai, quasi sempre, o medico

constatar que é o elemento sexual o predominante no quadro obsessivo.

Consiste a psycho-analyse em um methodo de exploração que visa descobrir o objecto do pensamento alheio, a bem curar uma psycho-neuróse que se antolhe. Nelle se analysam as tendencias affectivas e seus effeitos, sendo que naquellas quasi sempre se encontra a derivação do instincto sexual.

O notavel Prof. Mira, em trabalho publicado em Novembro de 1926, diz que para se poder fazer com proveito a psycho-analyse, é preciso que o doente esteja em certas condições.

Deve ter capacidade de entender o que se lhe diz, revelar desejo de ser tratado, estar orientado e não ter aphasia, amnesia, abulia, etc.

Os primeiros trabalhos de psycho-analyse foram feitos em relação á hysteria, datados de 1893, tendo sido collaborador de Freud, Joseph Breuer. Diziam elles que as hystericas soffrem de reminiscencias e que o que nellas se constata, é a repercussão no psychismo inconsciente de emoções anteriores que se não puderam completar e expandir no momento, em que houve o acontecimento que as gerou. Teve o individuo um abalo moral, frequentemente de causa genital, não poude desabafal-o na occasião e vive torturado pela sua recordação que esconde. Si se emprega, porém, o *methodo cathartico* e assim se consegue que o hysterico desabafe, confiante em quem o escuta, ver-se-ha como trará vantagens para o tratamento, o *fazer vir á tona nas relações do pensamento aquillo que vivia escondido.* A's vezes, como bem diz Sigmund Freud, as idéas de natureza sexual viveram escondidas durante muito tempo, como verdadeiros germens de neuróse, e no momento da puberdade, na occasião de uma doença, de um abalo moral, adquiriram grande intensidade e começaram a torturar o individuo.

A neuróse seria um processo de defesa contra a recordação desagradavel, fazendo com que, acobertado pela doença, possa o doente desabafar á vontade.

E' facto bem interessante e de observação corrente o ser bem raro ouvir-se num estabelecimento de alienados uma prostituta a pronunciar phrases immoraes e o ser relativamente frequente numa moça de familia o se exceder em palavras immoraes. E' que neste ultimo caso viveu ella sempre cohibida, embora não ignorasse o valor dos termos, e a doença fez com que ella se libertasse dos atilhos sociaes.

Seriam as obsessões e as phobias neuróses de defesa (Abwehrneuropsychosen) e Freud as tinha como ramos de hysteria.

Em alguns casos, assignala ainda o mesmo auctor, ha apenas, no momento, um máu funccionamento do apparelho genital: occorrem, então, a neurasthenia classica de Beard e a neuróse de angustia. Dava grande importancia no caso ao onanismo e dizia que todo neurasthenico era ou tinha sido onanista.

A principio, Freud recorria ao hypnotismo e assim procurava descobrir qual era a idéa de natureza sexual que preoccupava o doente e este tão bem escondia. Mais tarde poz de lado este processo e lançou mão de recursos mais praticos e começou a conversar longamente com o doente, dando-lhe corda, como vulgarmente se diz, e deixando que elle se fosse expandindo pouco a pouco; entrou a analysar os sonhos, os factos miúdos da vida diaria e as distracções.

Assim se ia a psycho-analyse organisando com todos os seus recursos.

Lipps disse que "o inconsciente deve ser considerado como a base universal da vida psychica". Nelle se baseou Freud quando fundamentou a razão de ser de muitos dos actos da vida consciente na influencia decisiva da vida sub-consciente ou mesmo inconsciente.

A's vezes parece ao individuo que elle está agindo por propria e exclusiva deliberação, mas a determinante exacta é uma idéa anterior que o está influenciando.

Na psycho-analyse representam papel importante as questões do *id*, do *ego* e do *superego*. Na vida fetal o organismo tem seus recursos de nutrição, assimilação e desassimilação e excreção, fornecidos pelo ventre materno e não tem, por conseguinte, uma relação directa com o mundo exterior.

As sensações e reacções visceraes que no organismo fetal se processam, escapam ao dominio da consciencia. A individualidade durante a vida fetal é inconsciente. O *eu* é então alguma cousa de vago, de impessoal. E' o *id* que corresponde ao *Es* dos auctores allemães. Pertencem a elle os impulsos cegos, imperiosos que pela vida afóra brotem do individuo. O nucleo do nosso psychismo é constituido por esse *id* fetal que não toma contacto directo com o ambiente e que pela vida afóra se mantem comsigo mesmo, isolado.

Quando o individuo nasce e tem necessidade de se adaptar ao meio ambiente, forma-se uma especie de mem-

brana de defesa que é o *Ego* Esta é a parte apparente da personalidade que procura estabelecer relações com o meio.

Nos primeiros tempos da vida o *Ego* é muito rudimentar. A criança só tem personalidade depois dos 4 annos, motivo pelo qual ella, até então, não diz: eu quero e sim Nênê quer.

O *Ego* é a parte que age e que quer. E' tambem o que sente. E' o consciente que já lida com o sensorio, com a cortiça cerebral e com a musculatura estriada.

O objectivo essencial do *Ego* é a conservação do individuo. Elle é que estabelece as relações com o meio e que ampara a pessoa contra as aggressões do meio exterior. Resulta de uma modificação, de uma evolução do *Id* e de quando em vez lembra a sua origem pelo facto de se tornar séde ou de se deixar dominar por phenomenos ligados ao inconsciente.

E' do *Id,* do fundamento do nosso inconsciente, que derivam os impulsos mais numerosos e mais fortes de nossa vida. O *Ego* que forma a maior parte da personalidade consciente, é um orgão de defesa que vigia aquillo que se vai collocar em relação com o meio, que elabora os impulsos do *Id,* que guarda as lembranças que ainda não ficaram ligadas ás instancias profundas, primitivas.

De quatro a oito annos é que, segundo Freud, as impressões de natureza sexual começam a influenciar o pensamento e dizem os psycho-analystas que esta é a phase mais perigosa, em que ficam recalcados accidentes que occorram.

O auctor da psycho-analyse não colloca o inconsciente num antagonismo positivo com o consciente; julga-o antes um estado preparatorio. Nestas condições, seria apenas a questão de dosagem de elemento consciente em qualquer acto. E' racional, porém, que se acceite a possibilidade de suppressão completa de consciencia e que esta, pouco a pouco, vá surgindo, havendo sub-consciencia e, depois, consciencia completa.

Dividem-se os phenomenos incoscientes em dous grandes grupos: aquelles que nunca, em tempo algum, se pódem tornar conscientes, e aquelles que se pódem tornar conscientes ou que, na menor hypothese, vão influenciar na consciencia de modo poderoso e decisivo.

E' este o grupo de pre-consciente (Vorbewusst).

Os elementos inconscientes e sub-conscientes que tentem chegar ao dominio da consciencia, são fiscalisados, na

entrada desta, por umas especies de guardas de alfandega, que são as *instancias* (Instanzenzug) que fazem a *censura* (Zenzur).

A censura, em que já vai influir muito a educação anterior do individuo, não se limita simplesmente a olhar e a deixar ou não passar. Influencia detalhes, defórma ou arranja.

A censura é que permitte sejam os factos collocados de accordo com as convenções sociaes e só admitte que sejam desvendadas as idéas que com ellas não collidam, privadas sempre préviamente de suas maiores aréstas ou defeitos.

Os elementos psychicos, quer inconscientes, quer subconscientes que tentam vir á tona e são submettidos á *censura,* se agrupam sob a fórma de systemas que constituem os *complexos.* Pódem ter estes uma força maior ou menor, a qual está ligada á dóse maior ou menor de affectividade que nelles se constate. Si a dóse de *affecto* fôr muito grande, póde haver uma tal energia que vença as *instancias* e fruste a *censura.*

No cerebro perfeitamente equilibrado sempre a censura desempenhará o seu papel com toda a efficacia. No periodo affectivo dos complexos, dá Freud o maior valor ao elemento sexual. Não é este encarado unicamente no sentido commum do termo, e, sim, no de *libido,* que representa uma verdadeira ansia, um desejo vago de natureza erotica. Bergson considera-a a evolução criadora e Schopenhauer a vontade de poder. E' o verdadeiro impulso vital dos metaphysicos, que faz com que o individuo favoreça o desenvolvimento de uma acção ou a refugue. Freud ensina que ha, muitas vezes, um antagonismo essencial entre a personalidade social do individuo e o seu instincto sexual. Os predicados deste são modificados pela censura impressa por aquella. Fica, então, a *libido,* a ansia, o desejo que se não póde desabafar.

Assignala elle que as manifestações pathologicas das psycho-neuróses encontram a sua razão de ser em impressões fortes da vida erotica anterior.

Para explicar o mechanismo da *psycho-analyse,* póde se fazer uma comparação muito expressiva. Na sala de espera de um ministro se accumulam muitas pessoas que por elle não são vistas, porque ha um reposteiro muito espesso, na porta da sala, e ahi, um guarda.

A sala de espera representa o *inconsciente* e o ministro, o *consciente.*

Num dado momento uma pessoa que representa um *complexo*, chega até o guarda que corresponde ao que se chama *instancia*, e tenta passar.

Ha a *censura*, feita pelo guarda que faz voltar a pessoa á sala de espera. Si ella fizer barulho, si ella tentar passar, isto chamará a attenção do ministro que, de relance, poderá vel-a.

O *inconsciente* tornou-se *preconsciente*, isto é, adquiriu certos predicados que visam clareza de apreciação.

Si o *complexo* tiver uma certa intensidade, si a pessoa dispuzer de energia, a *censura* será frustada e o preconsciente se tornará consciente.

Póde succeder que o guarda se não deixe vencer e o *complexo* busque então um *disfarce* e assim, sob um outro aspecto, mascarado, consiga passar e chegar ao *consciente*. Nos complexos ligados por um intenso predicado affectivo, predominam sempre as impressões sexuaes da meninice e quem tiver tido qualquer accidente sexual neste periodo, será sempre perseguido pela lembrança desagradavel deste episodio.

Proseguindo-se na mesma comparação anterior do individuo que se dirige ao ministro, dir-se-ha que si o individuo tivér conseguido chegar até elle e vir a sua pretensão analysada por este e levada ao conhecimento do chefe supremo, do presidente da Republica, que corresponde ao *super ego*, obterá com a attenção deste a realisação do seu desejo.

O *super-ego* que representa um *ego* superior busca estabelecer um accordo, uma adaptação dos impulsos desarrazoados do *Id* aos embaraços do meio, actúa sobre o *ego*, determinando a sua norma de conducta.

Os *impulsos* que se não poderam exteriorisar, que foram dominados pelas *instancias*, soffrem o que se chama *recalcamento*. Aquelles que conseguiram passar disfarçados, soffreram o que se chama *deslocamento*. Quando o individuo realisa o acto, trocando, porém o objectivo de sua acção, dá-se o que se chama *transfert*. Ha *condensação* quando duas imagens distinctas se junctam e formam uma unica.

Ha *dissociação* quando o contrario se verifica, Ha *substituição* quando em vez da imagem verdadeira mostra-se outra, mais de accordo com o meio.

Os impulsos que partem de qualquer individuo, têm essencialmente dous objectivos: a defesa contra meio e a angariação de recursos de nutrição.

Aquillo que excede o que é necessario para a nutrição, vai concorrer para a reproducção.

Freud chama energia livre a força, com que o ambiente aggride o individuo ou este age sobre aquelle.

São impulsos individuaes que visam ou destruição, ou construcção. São impulsos de morte ou de vida.

Freud chama estes ultimos *impulsos sexuaes* que correspondem á libido.

Dá elle tanta importancia aos impulsos sexuaes que Bleuler vem denominar *pansexualismo* a *theoria psychoanalytica*.

Os impulsos obedecem a dous principios: o do *prazer* ou *desprazer* e o da *repetição*. Sempre o prazer coincide com aquillo que favoreça a nutrição ou a reproducção.

A repetição, pela vida afóra, é mais commoda e mais agradavel do que pela realisação do acto inicial.

Freud accentúa que o apparelho psychico busca abaixar a tensão dos impulsos, havendo desprazer toda a vez que a tensão cresce e perturbe a funcção.

Quando o *id* e o *ego* realisam um accordo, póde haver o que se chama *sublimação,* em que ha o desvio da acção para uma cousa que não faça mal e distraia do individuo do que deixou de fazer.

Defeito da theoria é dizer que a sexualidade já existe desde a infancia, manifestando-se nesta aos 3 ou 4 annos por uma fórma bem accessivel á observação. Verdade é que o factor sexual não é encarado no sentido commum e, sim no mais vago ou mais amplo da *libido*, que é a ansia de natureza sexual. A *libido* tem localisação diffusa, pelo organismo inteiro e só mais tarde se circumscreve ao apparelho genital. O *objectivo sexual* (Sexualziel), que é a approximação dos sexos oppostos, é sempre tardio. Diz Freud que ha, a principio, o auto-erotismo, que é satisfação em si mesmo do objectivo sexual, (auto-erotismo de H. Ellis).

Depois de um certo gráo de tensão, ha um prurido, de que se buscava uma prova no desejo que a criança tem de chupar o dedo.

No facto de que certas crianças se comprazam no ficar embebidas em urina ou chafurdadas nas fézes, diz Freud que se apura uma prova de uma excitação sexual que testemunha o auto-erotismo.

Diz elle que, ás vezes, a menina procura reter as urinas, a provocar uma certa excitação genital.

Igualmente, por uma excitação genital, se poderia explicar o prazer que tem a criança de brincar a cavalleiro

da perna de outra pessôa, ou de ser collocada a montar no flanco da propria ama.

Em tudo isto ha um grande exaggero de Freud, pois em qualquer destes casos não póde haver, evidentemente, qualquer idéa de natureza sexual.

Segundo elle, as idéas eroticas ficam depois em estado de latencia, recalcadas pelas idéas sociaes, pela educação, pela auto-critica, em summa. Dá-se, então, a *sublimação* da *libido*. A convergencia da attenção para questões outras que não as sexuaes, o afan de adquirir noções scientificas, cujo conhecimento exacto exija estudo continuado, o deleitar-se em desportos varios: tudo isto concorre para que, durante este periodo, no typo normal, não fique a sexualidade como elemento obcessivo no campo psychico.

Si tiverem occorrido, porém, durante a vida infantil, accidentes sexuaes de certa importancia, estarão estes, a cada passo, buscando vir á tona e intervindo na vida psychica consciente. Por outro lado, durante este periodo de normalisação da vida psychica, si a pratica sexual se não exercer regularmente, surgirá intenso o onanismo e o individuo ficará um anormal sob o ponto de vista sexual. Isto influirá poderosamente em toda a orientação do raciocinio, que terá frequentemente como elemento obsessivo, a idéa erotica. Segundo Freud, seria um verdadeiro periodo de retorno ao auto-erotismo da infancia.

A doutrina vai ao exaggero de conceber relativamente commum o complexo de Œdipo e de por elle explicar o facto de poder um filho ter preferencia pela mãi ou uma filha pelo pai. Admitte elle o absurdo de poder haver no caso idéa de ciume, com fundamento incestuoso.

Desde criança ha o *instincto da satisfação visual* e por elle se busca explicar que possa a criança gostar de vêr núas as do sexo opposto.

No acto sexual ha o *prazer preliminar* (Vorlust) e o *prazer final* (Endlust).

Neste segundo periodo ha a exoneração do producto das glandulas sexuaes, ao passo que no primeiro se abrangem todas as determinantes eroticas provocadas pela visão, pelo tacto, etc.

Do que Freud escreveu, deduz-se que elle considera que o objectivo sexual normal, que é a tendencia á approximação sexual do sexo opposto, só se realisa frequentemente depois de haver sido o individuo um auto-erotico ou um homo-sexual.

Isto é verdadeiramente um absurdo.

Quasi todos teriam tido um accidente de natureza sexual e a recordação deste seria sempre uma causa de irritação cerebral.

As pervesões sexuaes e as neuróses seriam doenças que se constituiriam durante o periodo de desenvolvimento psycho-sexual.

Na neuróse haveria uma anomalia do desenvolvimento genital, de que, muitas vezes, o doente não teria um conhecimento bem exacto, porque a censura só deixaria vir á tona um complexo bem deformado. No entanto, mesmo nestas condições, este seria um excitante, contra o qual o organismo reagiria por meio da neuróse.

No typo morbido sempre o *recalcamento* seria insufficiente, particularmente no que concerne ao ponto de vista sexual. E' a censura que determina o *recalcamento* (Verdrängung).

O *psychismo inconsciente,* que é sempre formado dos elementos psychicos chamados *complexos,* vai influir poderosamente na constituição da *ideação consciente.*

Uns complexos são mais fortes do que outros, sendo que aquelles são os que se revestem de mais intenso predicado affectivo.

O predicado affectivo é positivo quando dá prazer e negativo quando aborrecimento.

A censura vive constantemente a fiscalisar os complexos, eivados de predicados affectivos positivos ou negativos que busquem vir á tona e influenciar a vida psychica consciente.

Nos homens normaes é perfeita a força de *resistencia* (Widerstand), por meio da qual a censura conserva afastados do campo da consciencia os complexos desagradaveis. Póde tambem succeder que na vida anterior do individuo estes se hajam apresentado em quantidade muito reduzida.

Então a força de resistencia não precisa ser muito forte, porque não tem muito com que lutar. Em tudo inflúe muito o passado sexual do individuo. Si na vida deste não houve traumas affectivos de feitio sexual ou occorreram estes em muito pequena quantidade, não terá grande valor a resistencia que a censura imprima. Muito grande será, porém, ella, si houverem sido fortes os complexos sexuaes. Nos typos normaes estes pódem passar completamente despercebidos na vida social, graças á energia de censura. Póde succeder, todavia, que, mesmo sendo esta forte, venha ella a baquear deante da intensidade dos complexos.

Então, o individuo parece desabafar e refugiar-se na neuróse ou na psychóse, em que os complexos se pódem expandir á vontade, sem que as convenções sociaes os tolham.

Vê-se que ainda ahi a natureza proporcionou um processo de defesa, porque apresenta como um effeito de doenças as tolices que o individuo diga ou pratique.

Poderia parecer que uma donzella alienada esteja a dizer cousas immoraes, em que nunca tenha pensado, mas a doutrina de Freud lembra que eram estes pensamentos que viviam escondidos pela censura. No typo de desabafo que a doença provoca, revela sentimentos que as convenções sociaes mantinham recalcados. Curioso é que nas meretrizes, como as convenções sociaes não as obriguem a esconder pensamentos immoraes que possam ter, se não encontra, quando alienadas, tal prazer em dizer immoralidades.

Mais de uma vez me tem sido dado observar em casas de saude, lado a lado, meretrizes e moças de familia e, pela linguagem que dellas se escuta, facil será trocar umas por outras.

Os *instinctos* representam os complexos fundamentaes, os que mais fortemente impregnam a personalidade do individuo. As convenções sociaes pódem tambem recalcar os instinctos, mas urge maior esforço para que o façam.

Os complexos mais fortes são os que provocam mais facilmente estados obsessivos.

Destes ha os que são expostos á luz meridiana, sem grande relutancia, e os que são discretamente escondidos e agoniam intensamente a vida psychica do individuo.

Destes é predicado constante, segundo a doutrina de Freud, a idéa sexual.

As hystericas, diz elle, soffrem de reminiscencia. Muitas vezes bem quereriam ellas dellas se separar. Mas o tom sexual que acarreta intenso predicado affectivo lhes não permitte e a revolta contra isto suscita a doença. Si a vida corrente se torna dura pelo rememorar constante de idéas sexuaes desagradaveis, refugia-se na hysteria, em que se expande á vontade e sem tropeços.

A *psycho-analyse* constitúe o methodo de investigações, pelo qual se vai apurar o elemento predominante no pensamento do individuo. Verifica-se que as questões sexuaes são as que mais inflúem, e que no descobrir o ámago do pensamento se reconhece que nelle se encontra a idéa sexual. Lehrmann, em 1921, apresentou uma estatistica da Vanderbilt Clinic, em que prova poder ser ella vantajosa-

mente utilisada em uma clinica commum, quer com o objectivo de diagnóse, quer com o de therapeutica. Lord Dowson, em Londres, é de opinião que a psycho-analise representa uma operação exploradora que nem sempre, deixa de offerecer perigo pela intima relação que, por ella se estabelece entre medico e doente.

O Prof. W. Steckel, de Vienna, fez á Academia Nacional de Medicina, este anno, uma communicação muito interessante a respeito dos perigos da psycho-analyse. E' elle partidario da *psycho-analyse activa,* methodo de Monkof e condemna a *psycho-analyse passiva,* methodo de Freud. O eminente Prof. Steckel estabeleceu a lei de bipolaridade da alma humana que exprime a existencia de duas tendencias oppostas, uma para as mais elevadas fórmas do espiritualismo e outra para os abysmos da mais profunda degradação.

O Prof. Henri Claude diz que obteve bons resultados em alguns casos, mas adverte ser necessaria grande habilidade em quem a pratica, pois vai revolver pensamentos recalcados que podem vir á tona e aggravar a ansiedade já existente.

Freud, dirigindo-se ás damas norte-americanas na Universidade de Clark, disse que a psycho-analyse não tinha motivo para falar veladamente e que ás cousas se deveria dar o nome que ellas tinham, sendo este o melhor modo de se preservar de segundas intenções perturbadoras.

Freud diz que os nevropathas são os infantis da sexualidade, accentuando que a neurose e a psychóse são o resultado da recusa sexual inconsciente (Sexualablehnung). São as capacidades sexuaes (Sexualbetätigungen), os predicados sexuaes que não puderam ser bem recalcados, os que sempre vão influir no estado nevropatha.

Diz elle ser impossivel a neurose numa vida sexual normal e ser ella o negativo da perversão.

O distincto Prof. Porto Carrero, em muito bem feita Conferencia do Curso de Neuro-Psychiatria, em 1929, fez uma exposição detalhada do assumpto, mostrando o seu enthusiasmo pelo methodo psycho-analytico.

Na investigação psycho-analytica dous complexos têm a maior importancia, o *complexo* de *castração* e o *complexo de Edipo.*

No *complexo de castração* ha a idéa que vem desde a phase phallica ou de curiosidade sexual da criança de que a mulher seja differente do homem por lhe ter sido am-

putado o penis, e que o homem possa ser victima de uma operação semelhante e ser transformado em mulher.

O medo que se incute ás crianças de soffrerem uma castigo e ficarem castrados os meninos, lhes dá mais tarde quando moços, um sentimento de timidez, de receio que os inferiorisa pela vida afóra. A *angustia* acompanha frequentemente o *complexo de castração* e o individuo póde viver em consequencia delle sempre triste e afflicto. Interessante é que o individuo esconde aquillo, em que pensa e só se notam as manifestações exteriores do seu padecer.

No *complexo de Edipo* ha a idéa de applicação da *libido* do filho em relação á propria mãi e da filha em relação ao proprio pai.

Penso que ha um verdadeiro absurdo em se ter isto como uma cousa normal quando se trata de uma anomalia propria de degenerado. No entanto, verdade se diga que os defensores da existencia do complexo de Edipo, frisam que se não trata de idéa sexual com pensamento em copula.

Uma criança não póde pensar em copular e os impulsos sexuaes, no caso, se traduzem pela preferencia das filhas pelos pais, em seus carinhos, no desejo de estarem a seu lado, etc., ao passo que os filhos preferem as mães,

Freud frisa, porém, muito modernamente, que nos primeiros tempos a propria menina é mais ligada á mãe, ao passo que só mais tarde se affeiçoa mais ao pae. O menino se interessa mais pela mãe, diz elle. Ha a idéa de rivalidade com o progenitor do sexo opposto e a explicativa de viver a filha a implicar com o pai e o filho com a propria mãe, por motivos que não vieram á tona, mas influenciam a conducta do individuo.

O *super ego* é que sempre vai agir dominadoramente, refreiando os impulsos immoraes e desarrazoados, estabelecendo as relações com o meio e graduando ou inhibindo as relações contra as acções que deste partam.

A psycho-analyse toma muito em consideração os *symbolos* que são representações que vêm occupar o lugar de elementos psychicos inconscientes ou os synthetisam. Ha então uma verdadeira equivalencia delles.

Nos sonhos têm os symbolos a sua maior significação. Cousas que num primeiro exame não têm maior significação apresentam-se disfarçadas em symbolos que, esmerilhados, dão o esclarecimento de muito pensamento recalcado.

Para se fazer a psycho-analyse em qualquer doente ha tres processos: a *analyse dos sonhos,* a *observação das associações livres de idéas* e a *interpretação das distracções ou descuidos nos factos da vida diaria.*

A *analyse dos sonhos* (Traumdeutung) permitte esclarecer a razão de ser de muitos delirios e descobrir a idéa predominante no pensamento do individuo.

Não se sonha, sinão com aquillo que alguma vez já se viu ou de que se tem uma certa idéa. Demais, na genesis do sonho inflúe muito ter havido uma certa preoccupação e mais se sonha com aquillo em que se pensou muito com uma certa emoção.

Estes factos, que são positivos e reaes, são modificados por Freud, que, dando importancia maxima ao factor sexual, busca em cada sonho uma preoccupação de natureza sexual. O sonho representa um meio, pelo qual se expande o complexo recalcado. Exteriorisa-se, porém, por um processo especial, não por uma fórma clara e sem rebuços e, sim, por meio ainda de certos disfarces que mascaram a idéa predominante.

Póde haver uma apparencia de ausencia completa de qualquer predicado sexual, mas no fundo é este o que está influindo.

Schopenhauer assignala que o sonho revela a moralidade do individuo, bôa ou má.

E' um meio, pelo qual, sem pensar muito nisto, elle revela seus sentimentos.

Kant diz que ó sonho esclarece os escaninhos do nosso inconsciente. Kant, Schopenhauer, Moreau de Tours e Alejandro Raitzin buscaram celebrisar a phrase: "a loucura é o sonho do homem acordado" e Raitzin, na Argentina, lembra que "o sonho é a loucura do homem que dorme".

Morselli diz que a affinidade da loucura com os sonhos é muito intima. As imagens que surgem durante os sonhos, são devidas á espontaneidade funccional dos centros corticaes. Muitas vezes ha consciencia dos sonhos, assistindo ao desfilar de imagens phantasticas e tendo noção de sua natureza, sem que se possa exercer qualquer dominio sobre ellas.

E' raro que dos sonhos se guarde uma lembrança completa. Apenas uma pequena parte entra como elemento mnemonico na nossa consciencia pessoal.

Igualmente em muitas fórmas de alienação mental guarda o doente, quando curado, uma lembrança vaga do que succedeu.

Schleiermacher diz que nelle se descobrem os pensamentos involuntarios recalcados durante o dia. Robert diz que nelle se completam as emoções que se iniciaram nas vigilias e não foram terminadas.

Freud chega a assignalar ser o sonho uma realisação de desejos. Não é tal verdade, pois muitas vezes se sonha com cousas que, em hypothese alguma, se desejaria occorressem. Facto é, porém, que nelle muitas vezes, se rememoram pensamentos que se haviam formado mas devêram ser sopitados. E' uma especie de valvula de segurança, é um recurso para expansão de um complexo incommodo que devêra ser recalcado. Pelo sonho o individuo se atraiçôa e deixa perceber aquillo que não quizéra se pùdesse conhecer.

E como se trate, na psycho-analyse, de uma rebusca no pensamento alheio, é a interpretação dos sonhos recurso valioso que póde prestar inestimaveis serviços.

Não penso, porém, como a maioria dos auctores, que a interpretação dos sonhos seja o recurso mais poderoso da psycho-analyse.

Dou muito maior valia á analyse das associações livres de idéas.

No sonho ha o *conteúdo manifesto*, (manifester Trauminhalt) e os *pensamentos latentes* (latente Traumgedanken). O conteúdo manifesto é aquillo, de que se conserva uma certa lembrança depois do sonho, e cujos detalhes se não tem grande difficuldade em expôr á luz meridiana.

Os pensamentos latentes, ou não são recordados de modo perfeito pelo individuo, ou se apresentam disfarçados na descripção do sonho, ou devêram ser recalcados e escondidos num recurso de auto-defesa.

Dos pensamentos latentes é que mais se irá servir, na interpretação dos sonhos, o psycho-analysta. E' o que offerece maiores recursos.

No sonho a utilisação dos materiaes sensoriaes póde-se dar segundo dous processos: a *condensação* e o *deslocamento* ou *transporte*.

Na *condensação* (Verdichtungsarbeit) o sonhador concentra em uma synthese, que póde ser uma allegoria, as idéas que maior preoccupação emotiva durante o dia lhe trouxeram. O predicado affectivo se concentra em gráo elevado no objecto synthetisado do sonho. Este póde ser conciso, mas será bem sentido, notando-se a fusão de objectos, dando uma resultante que póde ser verdadeira allegoria. Muito importante é na condensação o symbolismo.

Um certo numero de expressões ou de imagens tem uma significação differente da que materialmente se poderia conceber.

Segundo Freud, mesmo no symbolismo se poderia esconder o complexo sexual que durante o sonho ainda preponderou. Haveria uma série de disfarces e na synthese apregoada, em que, ás vezes, se antolharia um caso sem importancia, se sentiria, depois de uma certa meditação, que no fundo haveria uma idéa que no sonho veio repercutir.

No *deslocamento* ou *transporte* ha a distribuição dos predicados affectivos por um certo numero de objectos que apparentemente não têm maior significação, mas que symbolisam pontos importantes, em que se focalisou a preoccupação durante o dia. Ainda ahi ha o disfarce sexual e no facto de se demonstrar emoção no descrever episodios sem apparente valia se lobriga a relação que elles mantêm com o tom sexual.

Curioso é que um individuo que tem uma dôr physica, no sonho transfórma esta em dôr moral. Apresenta uma série de idéas tristes que vêm substituir a dôr physica que teve. Tem, por exemplo, uma arthralgia que continúa a incommodal-o durante a noite. Dorme e sonha com uma enfiada de cousas tristes que nada têm que vêr com o joelho em que, por exemplo, houve a arthralgia.

No symbolismo dos sonhos Freud vai a cousas muito extravagantes. Diz elle que quem sonha com bengalas, pensou no orgão sexual masculino; quem, com caixinhas, no orgão sexual feminino; quem, com flôres vermelhas, em menstruação; quem com floresta, na pubis; quem, com saccos, em testiculos, etc. Ora, isto é, evidentemente, um absurdo. O deslocamento da preoccupação emotiva para estas cousas apparentemente sem importancia não significam que ellas tenham qualquer relação com a sexualidade.

Demonstram, porém, que houve, num dado momento, qualquer preoccupação com ellas correlata.

Ainda ahi se demonstra o que já tive ensejo de assignalar. Ninguem sonha com um aeroplano, quando nunca o haja visto, ou de suas peças nunca haja ouvido falar. Pensa o individuo numa dada cousa e no sonho ella se transforma ou se completa. Do material dos sonhos e da dóse de impregnação emotiva que nelles se constate, bem se póde apurar uma idéa obsessiva que empolgue o individuo.

Tira-se uma conclusão logica do que se mantinha escondido e pelo sonho foi deixado perceber.

No entanto, a psycho-analyse, feita exclusivamente pela pesquiza da investigação dos sonhos, resente-se de um grande defeito: é que cada qual póde deixar de sonhar, póde transformar a descripção exacta do seu sonho ou deixar perceber do sonho apenas aquillo que lhe convenha. No desvendar os arcanos do seu pensamento, póde ainda o sonhador apparelhar-se contra a curiosidade, embora clinica, do investigador. Penso, por isso, que este methodo só poderá ter valor quando associado a outros, particularmente ao da interpretação das associações livres de idéas.

Não pensam, porém, assim os auctores e ha uma longa e exhaustiva bibliographia, exclusivamente sobre a interpretação dos sonhos.

A *analyse psychologica das associações de idéas, livres ou espontaneas* é, segundo o meu parecer, o melhor dos methodos de psycho-analyse. E' aquelle que mais vezes tenho empregado e resultados seguros me tem proporcionado.

Ha dous processos: num se busca a razão de ser daquillo que o individuo vai dizendo e se esmerilha o ponto, em que na exposição que vai sendo feita, se localisa mais notavelmente o colorido emotivo; noutro se faz o estudo experimental das associações de idéas e se empregam apparelhos de psychologia, esmerilhando-se as emoções que occorram quando se lembrem certas idéas. Acredito que o primeiro processo seja sempre o melhor, porque dispensa apparelhos que se tornam sempre inconvenientes, no momento em que se lida com individuos que sejam desconfiados, ou se queiram bem acautelar contra a descoberta de suas idéas intimas.

Nelle se manda que o individuo fique deitado, num quarto meio escuro, em que elle se sinta bem tranquillo e não possa surprehender o jogo physionomico, dictado pela attenção do medico. Este deve ficar á cabeceira da cama, um pouco atraz do doente. Pede-se que este vá contando tudo quanto sente, e os factos mais importantes que na sua vida têm occorrido. Deixa-se que a respeito delles vá discorrendo á vontade. Observe-se o tom emotivo que na phrase se faça sentir. E se insista naquelle ponto, em que mais forte se note elle.

Ahi estará provavelmente o complexo recalcado. A's vezes ha vantagem em deixar que o doente discorra á vontade sobre o que bem entenda. Expande-se longamente so-

bre uma questão que não parece ter grande interesse. No entanto escondido no ámago disto ha o ponto culminante emotivo ou ha um subterfugio para fugir á questão capital, em que se havia préviamente tocado.

E' interessante como o individuo se trahe numa palestra um pouco mais detida. Desconfiado e arguto, não consegue, porém, sopitar a emoção que o empolga quando se toca no complexo recalcado. Vê-se dahi que as idéas apparentemente livres não o são de facto, pois estão em relação com os phenomenos sensoriaes que sobre o cerebro actúem, e com os complexos que, abafados no inconsciente ou no sub-consciente, procurem constantemente vir á tona. Freud assignal sempre em sua doutrina o predominio do colorido sexual nesses complexos e ainda hai bem se percebe como influirão na directriz da vida psychica as preoccupações sexuaes.

O *problema vital de Mœder* é attingido quando se toca no ponto, em que se percebe a maxima emoção e em que se localisa, consequentemente, o complexo recalcado.

O medico vai desempenhando o papel de um verdadeiro confessor e deve lançar mão de toda sua argucia e delicadeza.

Tocando carinhosamente na questão que mais emociona o doente, póde provocar uma verdadeira explosão affectiva e fazer com que elle desabafe os pensamentos affectivos que o torturavam. Não representa isto uma simples curiosidade scientifica, mas um recúrso valiosissimo para a cura completa. Por meio desta psychoscopia poderá o medico conseguir fazer uma intelligente psychotherapia e lograŕ que o doente concorra com elle a refugar com energia as idéas nocivas e substituil-a por outras sadias e praticas.

A *experiencia das associações* foi utilisada para que se pudessem descubrir os complexos normaes e pathologicos.

Jung e Bleuler figuram entre os que mais porfiadamente do assumpto cogitaram.

Diz-se deante do individuo uma palavra qualquer e pede-se-lhe que diga o que lhe suggere. Mede-se o tempo que dura entre a palavra inductora e a resposta que representa a palavra reacção. Analyse-se a qualidade desta e o tom emotivo que possivelmente a acompanhe.

Repise-se em palavras inductoras correlatas e se conseguirá pela experimentação descobrir o problema vital de Mœder.

Jung estabeleceu uma colleção de 100 palavras inductoras ou estimulos, por meio das quaes se terá uma certa facilidade na descoberta do complexo torturante. Quando a pergunta tem uma relação mais ou menos directa com este, vê-se que o individuo se trahe, modificando a physionomia, repetindo a palavra inductora, mostrando-se hesitante ou distrahido. Numberg procurou as modificações na respiração e movimentos nas mãos durante as experiencias de associações de idéas. Schrötter hypnotisava o individuo, suggeria-lhe themas desagradaveis e observava o symbolismo com que as idéas se apresentavam.

Ha outro processo em que se faz a emotivometria, collocando o individuo num circuito galvanico e fazendo perguntas que possam ter uma certa relação emotiva com o complexo recalcado. Um galvanometro, collocado no circuito, accusa immediatamente modificação na corrente quando se toca no ponto emotivo.

Noutro processo se utilisa o electrometro capillar de Lippman, ao qual, por meio de dous fios, se liga o individuo, notando-se modificações de nivel quando o potencial se altera pelo choque emotivo. São processos, pelos quaes se aproveitam os reflexos psycho-electricos, havendo, porém, sempre, o defeito do emprego de um certo numero de apparelhos que poderiam aterrorisar o doente e encastellal-o mais fortemente no seu empenho de esconder o complexo torturante.

Outro methodo de psycho-analyse é o da *investigação dos factos miudos da vida diaria* e *dos enganos* e *distracções que nella se notem.* Nelle se tomam em consideração factos apparentemente sem importancia, mas em cujo amago se vai perceber o complexo recalcado. Vê-se bem que o homem vive a procurar constantemente libertar-se da influencia obsessiva do seu inconsciente, mas, ás vezes, é de tal ordem a energia deste que se viola a censura e vem elle dirigir a vida psychica.

Vê-se, por exemplo, um individuo a se mostrar, numa dada occasião, irritadissimo, sem que para tal haja qualquer motivo ou represente isto um feitio do seu humor. Faça-se a psycho-analyse e vai-se descobrir que houve um accidente de natureza sexual que elle esconde, mas que vai fortemente influir no seu humor. Um chefe de repartição mostra-se, sem mais nem menos, atrabiliario e enfurecido. Diz o povo que elle está provavelmente hemorrhoidario. Muitas vezes, porém, tal não occorre. Foi um forte desaguizado domestico, uma questão de natureza se-

xual que elle não póde contar aos conhecidos, mas que domina inteiramente o seu pensamento.

E' curioso como na vida intima, a vida domestica e particularmente a vida sexual,inflúe decisivamente na vida social do individuo. A's vezes, tem este qualidades intellectuaes bem aproveitaveis e capacidade de emprehendimento: no entanto, nada delle se consegue. E' a vida intima que tolhe as expansões da vida social. Esta é completamente modificada pelos accidentes que naquella occorram.

Póde haver o esforço para disfarçar nos ouropéis da vida as chagas cruciantes de uma vida intima infeliz.

Mas a psycho-analyse demonstra que, muito frequentemente, o esforço se torna baldado. A physionomia trahe o pensamento e o humor se resente da preoccupação.

De quantas preoccupações na vida intima possam occorrer, nenhuma se sobrepuja ás da vida sexual. Esta está mais connexa á personalidade do individuo, á sua completa cenesthesia.

Por mais que a educação e a civilisação tenham firmado que não é só da sexualidade que vive o homem, e que a este cabe bem o preoccupar-se fortemente com uma série de questões altruistas, como o trabalho para o bem estar da familia, e a honestidade com que realise seus negocios, a manter seu nome, é, todavia, facto positivo que ellas não pódem impedir que um accidente de natureza sexual desperte fortemente a animalidade e torne o homem essencialmente dominado por estas questões.

A preoccupação de que a potencia sexual vá faltando, a idéa de infidelidade conjugal, todos os transes de ciúme e desconfiança, todas as questões domesticas em que se sente no ámago a falta de mutua satisfação sexual — tudo isto inflúe enormemente para que na vida social o individuo não consiga ter estabilidade em seus emprehendimentos, se mostre irritadiço ou distrahido, revele uma preoccupação constante que mal consegue disfarçar.

Si a realidade é muito dolorosa como nos primordios da eschizophrenia por exemplo, refugia-se o individuo no sonho, entrega-se á phantasia e constitúe um mundo imaginario em que se compraz e se deleita.

Todos os enganos, as distracções, certas incorrecções no proceder, são aproveitados pela psycho-analyse.

No referir o nome de certas pessôas ha, ás vezes, enganos ou esquecimentos que poderiam parecer inteiramente accidentaes, mas que representam recursos de defesa.

Póde ser trocado pelo de uma pessôa, em que se esteja a pensar, ou esquecido porque recorde o de uma pessôa que se queira olvidar. As distracções, ás vezes sem uma certa razão de ser, testemunham uma preoccupação, não raro de natureza sexual.

Os gestos, ás vezes sem uma certa logica, são aproveitados pela psycho-analyse, que nelles consegue descobrir uma preoccupação sexual.

Freud dá grande importancia aos *actos falhos*, isto é, *descuidos, distracções, trocas de nomes*, etc., em que ha muitas vezes a evasão de um pensamento recalcado ou de um sentimento escondido. E' o caso do individuo que dá parabens a um conhecido que perdêra a espôsa, em vez de apresentar pezames, por isto que sabia que elle não vivia bem com ella.

Uma pessôa, sabendo que uma conhecida, casada, tinha um amante, querendo indagar do marido, pergunta distrahidamente por aquelle.

O interessante é que o acto não é proposital e traduz um descuido que irrompe do sub-consciente.

Segundo Freud, a *neuróse* resulta de um accordo que o *Ego* consegue realisar entre os impulsos do *Id* e as repressões do *Super-Ego*.

Por meio della se evitam o crime e a perversão sexual.

No neurotico houve um accidente de occasião, mas já havia a predisposição por se haver fixado a *libido* em uma das phases da evolução sexual infantil.

A *angustia* que se traduz por um grande e intenso mal estar, é uma demonstração de reacção contra um perigo que ameaça a vida do individuo.

Freud considera duas modalidades de angustia: a primaria e a secundaria.

Aquella tem o seu typo na hora do nascimento, em que o recem-nascido troca a vida intra-uterina pela continuidade de excitações do mundo exterior.

A angustia secundaria está ligada ao complexo de castração, segundo o notavel Prof. Freud.

Considera elle *neuróses actuaes, psycho-neuróses* ou *neuróses de transferencia e neuro-psychoses* ou *neuróses narcisicas*.

No primeiro grupo ha a *neurasthenia, neurose de angustia, hypocondria.* No segundo grupo ha a *hysteria de angustia*, a de *conversão* e a *neuróse coacta.*

No terceiro grupo ha a *paraphrenia* e a *melancolia.*

Freud abrange com o nome de paraphrenia a paranoia e a eschizophrenia, considerando-a, portanto, de modo muito differente do que em geral é tida.

A psychoscopia consiste em procurar descobrir aquillo em que no momento esteja o observado a pensar, utilisa, com resultados sempre vantajosos, qualquer dos tres processos de psycho-analyse. Quer a interpretação dos sonhos, quer o exame das associações livres de idéas, quer a observação dos factos miudos da vida diaria e seus descuidos e distracções: servem bem para focalisar o complexo torturante e, muitas vezes, removel-o com successo.

Fazendo a psycho-analyse em doentes dos diversos typos clinicos, vemos que nos casos de *psychoses infecciosas* e *auto-toxicas della se não têm os auctores occupado.* De facto ahi domina o syndromo confusional e o doente fica, sem que possa formular o seu raciocinio, em consequencia da toxemia e consequente disturbio metabolico da cellula cerebral. Não consegue elle dirigir o seu raciocinio e, por conseguinte, não poderia impedir que complexos torturantes viessem á tona.

No entanto, a difficuldade na associação de idéas impede, igualmente, que seja esclarecido o complexo torturante em seus detalhes. O delirio onirico deixa, porém, ás vezes, transparecer a preoccupação sexual.

Nas psychoses deste feitio se não conseguirá fazer uma psyco-analyse intelligente, por isso que ha o grande estorvo de não poder o doente comprehender o que se lhe diz, nem tão pouco concatenar as suas idéas.

Si do delirio onirico se deprehende que ha certas idéas de natureza sexual, não nos é dado focalisal-as e esclarecel-as, visto que o doente não consegue associar as suas idéas. Nem tão pouco tem elle a capacidade de abafar as idéas que possam vir um pouco á tona. Predominando o estado de toxemia e de obnubilação intellectual, não ha muito que fazer com a psycho-analyse no caso vertente.

Nas *psychoses hetero-toxicas* tambem a psycho-analyse não dá resultados muito vantajosos pois ainda ahi predomina o feitio confusional, consequente ao factor toxico.

A *eschizophrenia* é a entidade clinica, em que mais se salienta o valor da psycho-analyse. Nella a doutrina de Freud encontra a sua mais brilhante applicação. Derivando de um disturbio endocrinico e havendo sempre accidentes de natureza sexual que vexam e preoccupam o doente, verifica-se que no rosario de extravagancias e incongruen-

cias que nelle se ostentam ha um disfarce á preoccupação sexual que o tortura.

Qualquer dos recursos, com que se possa praticar a psycho-analyse, nella encontrará applicação vantajosissima.

Com carinho e habilidade ir-se-ha lobrigando o complexo torturante que domina inteiramente o pensamento do doente e o mantém distrahido do meio ambiente.

No entanto, é preciso haver sempre a maxima cautela, pois estes doentes offerecem uma reacção intensa, quando se sentem attingidos no problema vital.

Não só vão a ponto de aggredir as pessôas que nelles façam a psycho-analyse, como tambem pelo negativismo, que nelles é habitual, se afervoram numa opposição systematica a qualquer methodo elucidativo.

A eschizophrenia é uma das doenças, em que se observa maior somma de disparates como resposta a qualquer pergunta.

No entanto, no ámago delles se percebe um certo nexo com o complexo torturante e se verifica que não são elles tão absurdos como á primeira vista poderia parecer.

A psycho-analyse é, no caso, muitas vezes, o unico recurso que temos para descobrir o disturbio sexual que poderosamente concorreu para a genesis do mal.

Em trabalho que escrevi sobre "Sexualidade e Demencia Precoce" analysei as applicações da doutrina de Freud a esta e editei varios casos comprobativos.

Jung comparou muito justamente o eschizophrenico a um sonhador que continuasse, acordado, a viver o seu sonho. De facto, com a apparencia de possuidor de um cerebro vasio, tem-no sempre occupado com uma série de idéas que gyram constantemente em torno de um thema obsessivo, a meu vêr, sempre de feitio sexual.

Sonha o eschizophrenico com uma vida feliz, em que a sexualidade se destaca e, quando entra na realidade que contrasta com o bem estar do sonho, della foge, a se refugiar, pela imaginação, no que lhe dá prazer. Quando se busca arrancar o eschizophrenico dos seus devaneios, explóde furioso e aggride o interlocutor.

O negativismo é um processo de defesa, para que se não liberte do sonho prazeiroso.

A estereotypia é um attestado de distracção e esta é motivada pelo complexo sexual.

Esta vasta applicação que dou da doutrina de Freud á eschizophrenia, é que me leva a acreditar que nos primordios desta a cura se antolhará no momento em que se uti-

lise uma psychotherapia criteriosa, collocando geitosamente em fóco o complexo torturante, discutindo-o e buscando substituil-o pelo trabalho.

Nas *paraphrenias* muito não terá de fazer a doutrina de Freud. Basta lembrar que nesta entidade clinica ha um predicado fundamental, que é o abaixamento do nivel intellectual. Este impede que qualquer thema de raciocinio possa ter a maior explanação.

Do mesmo modo, lidar com psychotherapia não dará grandes resultados em taes doentes.

No *delirio systematisado allucinatorio chronico* a doutrina de Freud não tem grande applicação, pois o elemento persecutorio, baseado em allucinações, póde focalisar-se em qualquer pessôa sem qualquer idéa sexual.

No que concerne á *paranoia*, Freud dá muito valor á applicação nella da psycho-analyse. No entanto, penso que no caso ha um vicio de interpretação fundamental. Dos casos que elle entende por paranoia, ha muitos que nella não caberiam. Refere-se a typos clinicos que se enquadram melhor na demencia precoce paranoide, nas paraphrenias ou no delirio episodico dos degenerados. Basta frisar que se occupa elle de doentes muito allucinados, quando, todavia, no conceito moderno, na paranoia não ha allucinações ou são ellas excepcionaes.

Freud divide as psychoses em dous grandes grupos: um em que os phenomenos do inconsciente dominam completamente a consciencia, como na eschizophrenia, e outro em que o ataque do inconsciente sobre a consciencia é mais disfarçado e se approxima um pouco dos casos communs, como na paranoia.

Na autophila da paranoia vê elle uma especie de narcisismo ou de auto-erotismo. Não me parece que haja tal. No elevado conceito que o paranoico faz de si mesmo, não ha a menor idéa sexual, e no desprezo que ostenta pelo restante da humanidade, não ha ciume e, sim, inveja e revolta.

A *psychose maniaco depressiva* tem como elemento fundamental uma modificação profunda do humor: ou ha uma grande tristeza, ou irritabilidade, etc. Representa um typo de psychose affectiva e succede quasi sempre a um grande abalo moral, a uma accentuada emoção. Ahi muito tem que fazer a psycho-analyse. Lembro-me de uma doente que se mostrava de uma agitação que desafiava todos os calmantes. Fiz-lhe a psycho-analyse e verifiquei que o noivo lhe dissera que não seria capaz de sahir vestida de

virgem em uma procissão que ia sahir no lugar em que estavam. Dizia elle isto sem qualquer idéa sexual preconcebida, mas ella interpretou como si duvidasse elle da sua virgindade. Uma grande agitação, um complexo sexual recalcado. Colloquei-o em fóco, verifiquei a inanidade de sua base e fiz com que o proprio noivo concorresse a refugal-o. A cura seguiu-se rapida.

Muito communs são os casos que outr'ora se rotulavam de hysteria e que hoje cabem na psychóse maniaco-depressiva, em que se sente bem o complexo sexual recalcado.

Pouco estudado tem sido ainda o problema, mas, do que tenho observado, bem posso aquilatar o quanto será proveitosa a psycho-analyse nesta entidade clinica.

Os processos modernos de cura, evitando os methodos violentos de contenção, demonstram a vantagem de não contrariar o doente e buscar sempre descobrir aquillo que mais o affligiu, a remover quando possivel. Interessante é averiguar que dos factores emotivos o que mais deprime é aquelle que se estriba em questões sexuaes. Ahi está o ponto mais vulneravel da vida affectiva e bem se póde dizer que na vida social os accidentes da vida sexual vão imprimir uma directriz muito positiva. Só poderá ter uma vida social tranquilla aquelle em que esta não soffrer grandes embates.

Descobrir a preoccupação sexual que aguilhôa o cerebro excitado do maniaco-depressivo, é adquirir um recurso poderosissimo para a psychotherapia, que representa elemento de grande monta para a cura perfeita desta entidade clinica.

Na *psychose de involução*, nas *psychoses por lesões cerebraes* e *demencias terminaes* e *na paralysia geral* — muito não terá de fazer a psycho-analyse. O raciocinio extravagante deriva de disturbios estructuraes muito graves e não apenas de qualquer idéa que se haja implantado. Ha fundamentalmente um *deficit* mental.

Na *psychose epileptica* os resultados da psycho-analyse nunca poderão ser muito proveitosos, pois ha uma grave alteração no metabolismo cellular cerebral que vicia fundamentalmente o raciocinio.

O mesmo se passa na *chorêa,* em que não ha um grave disturbio organico, mas em que tambem tudo se não simplifica num vicio de raciocinio por uma idéa sexual recalcada.

Acredito ser a *hysteria* a entidade clinica que se possa comparar á eschizophrenia na influencia decisiva em seu desenvolvimento, do complexo sexual.

Embora se não possa acceitar, como antigamente, depender ella do utero, directamente, pois ha numerosos casos de hysteria masculina, embora não seja ella explicavel pela falta de relação sexual e curavel como muitos pensam, pelo casamento, pois ha innumeras prostitutas que são hystericas, verifica-se, porém, pela psycho-analyse que o elemento sexual tem papel de grande monta.

Freud colloca no grupo das psychoneuróses a hysteria, as obsessões e as phobias.

Diz elle que dependem ellas de complexos que não lograram ficar bem recalcados, e que nellas é tudo o factor mental.

Os primeiros estudos versaram justamente sobre a hysteria e nelles se vê debatida a questão do recalcamento. Ha um absurdo quando pensa elle explical-a pela rememoração afflictiva de um episodio sexual, na idade de 4 a 5 annos, em que o hysterico foi pederasta passivo. Isto não tem a menor razão de ser, pois seria uma idéa bem extravagante a de suppôr que todo hysterico fosse pederasta passivo quando menino.

No entanto, si se não póde appellar para a pederastia, facto é, porém, que ha sempre um conflicto entre a demonstração da *libido* e o recalcamento erotico. Houve a idéa de um casamento que se não poude realisar, houve um noivado cheio de accidentes que acarretassem excitação sexual, houve relações sexuaes clandestinas, houve questões moraes, impedindo uma copula que se almejava, houve, emfim um motivo qualquer que impediu que se traduzisse na pratica normal da relação sexual um desejo erotico, cheio de preoccupações. Muitas vezes não houve a falta da relação sexual e, pelo contrario, foi ella bem repetida, mas é que havia dyspareunia, isto é, copula dolorosa, por um vicio qualquer organico ou funccional, e se estabelecia o enervamento, pela preoccupação com este facto.

Em todos os casos de ataque hysterico, a que tenho assistido, ha sempre uma idéa sexual escondida. Uma ou outra vez, excepcionalmente, houve como causa um abalo moral violento, como a morte de um parente caro. Babinski bem demonstrou que este factor doloroso não representa causa de ataque hysterico, pois o não observava no Necroterio e nem delle viu referencias na descripção de terremotos.

Na hysteria tudo se cria pela auto-suggestão ou hetero-suggestão e, si o cerebro vive preoccupado por uma questão sexual, si as convenções sociaes impedem que ella se divulgue, fica o complexo sexual recalcado, a buscar influir na directriz do pensamento do individuo.

Constitúe-se um estado de meiopragia nervosa, em que o cerebro se sente cansado pela lucta constante, em que se recalca o complexo sexual, e nestas condições a auto ou a hetero-suggestão pódem influenciar com facilidade, porque a meiopragia impede a resistencia facil.

Poder-se-hia talvez dizer que numa vida sexual inteiramente normal se não desenvolveria facilmente a hysteria. Isto tanto se poderia applicar á mulher como ao homem.

E' bem commum observar a acção que têm salpyngo-ovarites, methrites agudas e, ás vezes, simples catarrhos uterinos ou vaginaes, na manutenção de estados hystericos. Muitas vezes não actúam elles por um simples processo de excitabilidade reflexa. Difficultam a pratica sexual, acarretam dôres e mal estar que fazem com que a doente fique oberada pelo desejo e, ao mesmo tempo, receio de um acto que lhe faz mal.

No que concerne aos homens, ha influencia genital, copulas imcompletas, etc.

Nos episodios hystericos, que são muitas vezes, precursores da eschizophrenia ha, igualmente, como nesta, o contraste entre o viver acordado, engolphado num sonho feliz e a realidade materialmente dolorosa.

O hysterico vive muito de imaginação e, accrescento eu, o thema predominante desta é o sexual.

Muitas vezes se nota a hysteria nos casaes infelizes, mas particularmente nos que o são por accidentes materiaes da vida genital.

A crise hysterica póde explodir quando na vida social se fizer qualquer referencia a assumpto que se relacione com o complexo recalcado. Póde surgir tambem quando o abafamento deste attingir a um certo limite.

E' uma valvula de descarga e no desenrolar da crise se póde perceber o thema escondido.

O refugio na molestia (Flucht in die Krankheit) como bem diz o Professor Franco da Rocha, em seu excellente livro *Pan-Sexualismo,* representa uma consolação quando a realidade é penosa.

Poder-se-hia pilheriar, dizendo que com a capa de maluco o individuo se sente desembaraçado para se expandir a proposito daquillo que tanto lhe custa estar escondendo.

Não é que nesta situação o individuo vá mostrar a sua physionomia propria, mas é que menos obedece ás convenções sociaes.

Na *neurasthenia,* em qualquer das suas duas modalidades, *psychasthenia* e *nervosismo,* muito se póde apurar com a psycho-analyse. Sempre depende ella de um cansaço emotivo e, a não ser a emoção pelo fallecimento de um parente proximo, nada póde acarretar estado emotivo mais intenso do que um accidente grave da vida sexual.

Poderia parecer ser este um conceito absurdo e exaggerado, mas quem na observação clinica meditar na essencia do cansaço emotivo que gera a neurasthenia, constatará a realidade do asserto.

Na psychasthenia é muitissimo commum a obsessão de impotencia sexual.

Em consequencia de um dia de calor excessivo, de uma falta de asseio constatada na occasião, de uma certa escassez de carinhos esperados, de um certo desapontamento na observação do physico desnudo, emfim, em consequencia de qualquer accidente de occasião, houve a falta de potencia sexual. Trata-se, muitas vezes, de uma pessôa jovem e forte, em que não ha o menor signal clinico de lesão explicativa da impotencia. Impressionou-se o individuo pelo facto e, quando se trata de nova relação sexual, vai elle receioso de que o mesmo vexame occorra. O medo do insuccesso domina o acto e a grande preoccupação de que a potencia possa novamente falhar, é justamente o que vai fazer com que ella falhe, por um simples phenomeno de inhibição.

Dahi em deante se vai repetindo o phenomeno e o individuo vive a pensar neste grave dissabôr e a correr os consultorios medicos, em busca de cura para o mal, que é apenas producto de sua imaginação.

A's vezes, surgem outros caracteristicos clinicos da psychasthenia e o doente dissertêa a respeito delles, silenciando no que concerne ao principal. Vê-se, porém, que elle apresenta umas certas reticencias e que o pensamento não foi inteiramente desvendado. Um pouco de psycho-analise e bem se reconhece o elemento emotivo predominante.

Si na *psychasthenia* ha, quasi sempre, a questão da impotencia psychica, no *nervosismo* ha, tambem, muitas vezes, accidentes da vida sexual. Muitos casos tenho ob-

servado em que o estado nervoso só se constituiu depois que, no afan de evitar a procreação, começou a ser realisada a copula incompleta. Particularmente em mulheres, o facto se observa. No momento em que a copula se vai completar e o prazer genital se vai dar, é ella interrompida e isto desperta um enorme mal estar. Não chega a haver o prazer genital que foi esboçado.

Como, frequentemente, é a mulher a mais interessada em não ter filhos, sacrifica-se ella a deixar de gozar, mas em pouco tempo vem o estado de nervosismo a testemunhar o prejuizo que ao organismo adveiu desta pratica nociva. Claro está que o homem tambem muito se ressentirá com esta pratica condemnavel, mas, como a sociedade lhe permitte ir facilmente buscar alhures a relação sexual completa, nelle se não desenvolverá tão facilmente o nervosismo. Conheço casos em que este estado se constituiu em consequencia de relação sexual acompanhada de susto. Casos eram estes em que se dava a pratica criminosa do adulterio, e o receio de serem surprehendidos fazia com que houvesse accentuada emoção. Tres casos observei eu, em que, esmerilhando a genesis do nervosismo, pelo doente tal causa foi increpada.

Outras vezes, são mulheres, cujos maridos se acham impotentes. Moças ainda, cheias de seiva, queixam-se ao medico da ansiedade e desespero que lhes provoca o não conseguirem ter o prazer sexual que a sua vitalidade faz ser desejado.

Muitas vezes confessam ellas que todo seu estado nervoso vem d'ahi.

Durante o periodo do noivado, mórmente quando não é elle muito puro, estabelecendo-se uma grande excitabilidade sexual, sem que o acto final se realise, casos tenho observado em que um accentuado nervosismo se constitúe.

Doentes tenho observado, em que um pequeno catarrho vaginal, prurido vulvar ou vaginismo entretêm uma excitabilidade sexual que acarreta o nervosismo.

Na viuvez honesta, nas mulheres que se vão abeirando da menopausa, nos homens, em que a localisação do seu trabalho lhes impõe a abstinencia da relação sexual — é este factor sexual elemento fundamental na genesis do nervosismo. Si, em relação a este, se não póde applicar com tanto rigor o conceito emittido em relação á eschizophrenia, no entanto, bem se póde frisar que, quando occorrer um caso de nervosismo, sempre se deve cogitar da influencia que possa ter a preoccupação de natureza genital. No

"Encéphale", de 10 de Março de 1920, o pranteado Prof. Dupré escrevia um interessantissimo trabalho, em que aconselhava o methodo psycho-analytico nos estados ansiosos, casos de nervosismo, mostrando-se partidario da doutrina de Freud.

Analysando os *estados atypicos de degeneração,* ha a tomar em consideração quatro typos clinicos: o da *nervosidade* da classificação Kraepeliniana, o das *aberrações sexuaes,* o dos *instictivos* e o dos *tocados.*

Quando descreve a nervosidade, Kraepelin assignala a frequencia, com que nella se encontra a pratica do onanismo. No grupo das *aberrações sexuaes* muito tem que vêr a doutrina de Freud, pois em muitos casos são vicios de raciocinio, provocados pela impossibilidade de uma copula perfeita, que fazem com que o individuo devaneie em praticas censuraveis. Em muitos doentes ha simples phenomenos de impotencia psychica e como, por exemplo, no sadismo, no momento em que o individuo pensa que a sua virilidade se comprova no machucar a mulher, vem-lhe logo a potencia que estava sendo inhibida.

As meretrizes bem sabem que muitos desses casos de aberrações sexuaes se encontram naquelles individuos degenerados que pela velhice se vão abeirando da impotencia. E' o predicado degenerativo que as cria, mas a causa occasional é a preoccupação com uma impotencia organica que se approxima.

No grupo dos *instinctivos* é pequeno o poder phrenador cerebral e é este o motivo pelo qual se extremam em relações sexuaes, a que não preside qualquer selecção logica, em que se não sente a coexistencia de qualquer laço affectivo. Vai-se descobrir a razão de ser na vida desse individuo que vive como um verdadeiro animal na sua sensualidade morbida, no feitio degenerativo do seu cerebro que não preside aos actos de sua vida de relação.

Nos *tocados* ha um equivalente dos desequilibrados dos auctores francezes e ao caso vertente muito importam os que são desequilibrados da vida sensorial e affectiva.

Neste grupo clinico póde haver, por exemplo, uma intelligencia normal e uma força volitiva regular e, no entanto, sob o ponto de vista do modo de sentir as cousas, não tomar o doente em consideração tudo quanto lhe deva causar móssa e se desapegar facilmente de pessoas, ás quaes devêra querer bem, e praticar actos que positivamente aberram das noções communs de honra.

No entanto convém consignar e bem esclarecer que no que diz respeito á doutrina de Freud, não se trata unicamente da realisação de actos sexuaes deshonestos e, sim da preoccupação constante do cerebro com idéas de natureza sexual que sejam extremadas, extravagantes ou incorrectas. Nos tocados ha complexos deshonestos a dominarem a cerebração e a doente prevarica pela sua imaginação, muito antes que a concretisação do acto se dê.

Quando uma tocada pratica o adulterio, fica-se, ás vezes, admirado de preferir ella uma pessôa muito inferior, physica e psychicamente, ao marido. E' a preoccupação de uma libidinagem, é um romance que idealisou. Tudo é extravagante, desde a escolha até o motivo.

No que concerne a *debilidade mental,* á *imbecilidade* e á *idiotia,* muito não tem que fazer a doutrina de Freud. Estabelece ella sempre o seu dominio no pensamento e, quando é este escasso, em consequencia do accentuado enfraquecimento intellectual, muito não tem ella que fazer.

Verificada em qualquer entidade clinica a existencia de um complexo freudiano, importa imperiosamente buscar removel-o.

Trata-se em qualquer caso, de manter o cerebro perfeitamente desafogado, para que o raciocinio se expanda limpido e perfeito, e, muitas vezes, de remover completamente uma neuro ou psychopathia que por esse complexo torturante foi creada ou é mantida.

Ha tres methodos para remover o complexo torturante: o da *condemnação* (Verurtheilung), o da *sublimação* (Sublimierung) e o da *pratica sexual.*

Pelo methodo da *condensação,* depois que o clinico psycho-analysta consegue fazer vir á tona o complexo freudiano, demonstra ao doente que elle deve e será capaz de reagir contra elle. Mostra que a cousa não tem a importancia que lhe foi dada. Faz o papel de um verdadeiro conselheiro, criterioso e intelligente. Muitas vezes foi um erro de interpretação que fez com que se arraigasse o complexo. O medico discute-o e o esclarece.

Em alguns casos de tal modo fica a doente confiante no senso critico de seu medico e conselheiro que se dá a transferencia affectiva ou o deslocamento do affecto, e começa a doente a cubiçar o medico como homem.

Deixa de haver simplesmente gratidão e confiança e se constitúe uma nova preoccupação sexual. Deve o medico fingir que não está percebendo o que se vai passando e insistir no seu trabalho persuasivo e condemnatorio. Sem-

pre deve a doente associar-se ao medico no raciocinio a bem refugar o complexo torturante. A's vezes torna-se precisa uma longa palestra, a desarraigar uma idéa errada. Sempre será precisa muita paciencia. Em alguns casos, como de copula incompleta ou de aberrações sexuaes, a condemnação consegue a cura, sem que haja muita difficuldade.

O methodo da *sublimação* é um excellente recurso, principalmente para aquelles casos em que a simples persuação do medico nada possa dar. Por elle se procura distrahir o doente, entregando-o a um trabalho que lhe empolgue a attenção, ou a um divertimento que lhe desvie o pensamento do complexo torturante. Seja o caso de uma mulher, robusta e sensual, que viva acorrentada a um marido impotente. Não quer ser adultera porque sua moral pura inhibe. Vive a pensar num gozo que lhe não vem. O medico não terá recursos para a curar, sinão aconselhando-a distrahi-la nos ardores de um trabalho exhaustivo. Naturalmente, sempre a natureza deste depende da cultura intellectual que haja tido a doente. Si esta souber bordar bem, deve-se-lhe indicar fazer bordados bellos e complicados. Si desenhar com habilidade, quadros lhe serão encommendados. Sempre se deve organizar uma especie de tarefa, com o compromisso de dar o trabalho numa certa epocha. No homem que tem um certo emprego, vê-se, ás vezes, como instinctamente emprega a sublimação, afanando-se num longo trabalho que lhe empolgue bem a attenção.

O processo moderno de fazer o alienado trabalhar não visa unicamente obter delle uma compensação pelo dispendio que com elle faça o Estado e, sim, o de lhe desviar a attenção do complexo torturante. A inactividade é bem prejudicial e neste caso bem nociva.

O methodo da pratica sexual é o melhor de todos elles. Sabe-se bem quanto a preoccupação de uma impotencia organica, que não existe e é puramente psychica, póde torturar o cerebro de um individuo. Si lhe recommendar que repita as tentativas sexuaes, depois de bem familiarisado com a mulher e sem as preoccupações de um dia e horas certas, e si então occorrer que se mostre elle capaz, vêr-se-ha como se transfórma completamente.

Quando se trata de relações sexuaes incompletas com o objectivo de evitar a procreação, é indispensavel aconselhar o abandono de uma pratica tão nociva que por si só póde acarretar um estado de nervosismo extremo. A necessidade da pratica sexual vê-se bem desde os animaes inferiores que, quando chegam ao periodo do cio, se mostram de uma

grande irritabilidade e phrenesi, quando não satisfeitos. Ha, todavia, naturezas que supportam bem a contingencia sexual, mas ha muitas outras, mais sensuaes, que se mostram com um nervosismo accentuado quando buscam evitar o contacto sexual. Isto é sempre uma questão individual e não é possivel estabelecer regras fixas.

Bleuler diz que a castidade não é absolutamente nociva ás pessoas com bôa saúde e que ainda se não provou que ella o seja ás naturezas morbidas. Briquet, na sua grande estatistica de hystericas, diz que não encontrou uma só, em que pudesse appellar para a continencia sexual como causa do mal. Lowenfeld, Aschaffenburg, Hirsch, etc. frisam bem que a falta de relação sexual nunca foi causa de impotencia e que jamais determina ella a atrophia testicular.

Iwan Bloch diz que a abstinencia sexual é um dos melhores meios de fortificar a energia e a vontade.

A potencia genital existe, mesmo depois de annos de abstinencia. Nyström diz que o organismo tem nas poluções noturnas uma valvula de segurança, apparecendo ellas quando o individuo fica muito tempo sem copular.

Marcuse é, porém, de opinião que as polluções representam uma anomalia como a incontinencia nocturna de ourina.

Alberto Moll conta que um doente delle dizia que ia aos bordeis praticar a masturbação pela vagina. Isto demonstra que elle entendia a copula nestas condições como uma variante de onanismo.

Luthero dizia que é tão impossivel ao homem passar sem mulher, como sem comer, nem beber.

Freud disse que "com uma vida sexual normal é impossivel a neuróse". Si ha ahi um certo exaggero, no entanto, uma grande parte de verdade nesta phrase se contém.

O homem, em todo seu apuro de vida social, é sempre um escravo de sua vida sexual. Corra esta sem tropeços e feliz e a mascara com que elle se integre na vida mundana, lhe não valerá lagrimas e desespero.

Será em publico o que fôr no seu intimo.

Si este, porém, fôr um relicario de dôres e desapontamentos, si houver a tortura de uma sexualidade doentia, por maior que seja o esforço em disfarçar, aqui e ali surgirão as abstracções, as crises de irritabilidade, o descontentamento evidente e a desconnexão entre os affagos do meio social e as reacções, sempre eivadas de grosseria.

Assim como a simples alteração no metabolismo das cellulas cerebraes póde fazer com que o pensamento não mais se ostente com toda sua logica e coherencia, assim tambem o disturbio da vida sexual póde de tal modo influenciar o cerebro que este, dominado por uma verdadeira obsessão, a nada mais possa demoradamente attender.

A doutrina de Freud é admiravelmente cheia de verdades e ensinamentos.

Conhecedor della, fazendo psychoscopia, devassando o pensamento alheio, vai-se arrancar o complexo torturante e, agindo como um conselheiro amigo e medico perspicaz, integra-se nas alegrias da vida social o que nella encontrava constante aborrecimento.

Para se fazer o tratamento psycho-analytico, é preciso dispôr o medico de muito tempo á cabeceira do doente. Por este motivo penso que deva haver medicos especialisados na psycho-analyse, que só a ella se consagrem e aos quaes serão enviados pelos demais chimicos, os clientes que careçam de psycho-analyse.

Utilisando a psychoscopia e empregando a psychotherapia, auxiliará o medico moderno a sua therapeutica com recursos tão poderosos que lhe grangeará obter a cura, onde outros talvez nunca a houvessem conseguido.

SIMULAÇÃO DE LOUCURA

Como as leis tenham logicamente estabelecido que o individuo alienado deve ficar isento de qualquer acção penal, comprehende-se bem que aquelles que ao rigor desta se vissem compellidos, hajam buscado fingir-se de loucos, a ter uma salvaguarda segura contra o castigo de seus actos.

O recurso da simulação é um processo natural de defesa. Em toda natureza tal se constata. Ha animaes que tomam a côr da arvore, em que se collocam, a evitar que os inimigos, mais possantes, os possam descobrir.

Muitos ha que se apresentam com a côr de folhas, em que se assestam. O mais fraco, a buscar resguardar-se da acção do mais forte, busca enroupar-se com aspectos que o mascarem ou simulem uma resistencia que não possúe. E' que pela doutrina da selecção natural, na lucta pela vida succumbirão os mais fracos e para que tal não succeda, na defesa da propria vida, fingirão elles ser o que não pódem ser. Ha, então, o recurso da *fraude,* que se póde apresentar como *mentira,* como *imitação* ou como *simulação.*

A *mentira* é a fraude exteriorisada por meio da palavra. Diz-se uma mentira. E' preciso poder falar para o fazer.

A *imitação* é a fraude, em que se faz uma cousa exactamente igual a outra. Si um actor, que desempenhasse o papel de Othelo, o imitasse, deveria naturalmente matar Desdemona.

A *simulação* é a fraude, em que o individuo não faz exactamente igual a outra, mas finge fazel-o. O actor simula, mas não imita.

Na humanidade a simulação é, em geral consciente e voluntaria. E' um recurso de defesa em muitos casos. Commummente o simulador esmerilha os detalhes do simulado, para que se não logre surprehender o seu subterfugio.

Quando uma pessôa *simula* o que não é, *dissimula* ella o que é. Do cotejo bem se apprehenderá a differenciação. O individuo são póde simular ser louco e este póde esconder o seu delirio e apresentar-se como são, dissimulando o que é. Si no estudo das doenças mentaes são estes dous pontos que mais interessam, na vida social se deparam, muitas vezes, individuos a simular predicados que não possúem, e a dissimular defeitos que tenham.

Ha *super-simulação* quando se vê a simulação de uma fórma de loucura por um individuo que já tem outra modalidade de loucura. Auctores ha que dizem que uma pessoa que finge muito bem ser louca, já o é um pouco.

O Dr. José Ingegnieros, em seu trabalho "Simulación de la loucura", que é a obra mais perfeita que conheço a respeito do assumpto, divide os simuladores em *mesologicos, congenitos e pathologicos.*

O *mesologico* póde ser o astucioso que finja complasmar-se no meio, a bem gozar sua vida, ou o servil que viva na rabadilha dos poderosos, escondendo sempre a sua opinião sincera.

O *congenito* póde ser o embromador ou planista que tem todo prazer, durante a vida inteira, em estar passando a perna nos demais, auferindo dinheiro com descobertas que finge ter, ou explorando a bobice alheia com propostas deshonestas; ou o dissidente que parece discordar das idéas do meio, a chamar a attenção sobre si mesmo, sem sinceridade e sem convicção.

O *pathologico* póde ser psychopatha ou suggestionado.

Entre os simuladores pathologicos psychopathas ha os que têm illusões da memoria ou falsificações das recordações, e parecem estar adrede mentindo quando de tal não cogitam. E' o caso, em que ha uma simulação inconsciente.

Individuos ha, como no typo da pseudologia phantastica de Delbrück, em que o feitio degenerativo faz com que se apraza o seu psychismo no desenrolar de uma série de mentiras que, á força de repetidas, chegam a dar ao proprio doente a impressão de verdades. O mentiroso morbido é um simulador de convicção na realidade dos factos que vai apregoando. No desequilibrado, em que escasseiam a moralidade e a honra, ha a simulação, para bem viver, de ainda haver estes predicados.

A's vezes, hystericas, buscando chamar a attenção sobre a propria pessôa, simulam nellas ter havido a tentativa de praticas sexuaes. No Hospital Nacional já houve o caso de uma hysterica que inventou á familia ter um me-

dico dos mais circumspectos tentado e conseguido violental-a, descrevendo o facto com tal verosimilhança de detalhes que nelle continuaria a crêr a familia, si não fôra a circumstancia de ser acoimado no dia seguinte um velho estadista, bem incapaz physicamente.

O simulador pathologico suggestionado representa a accentuação de um defeito que na vida social bem se observa. E' o habito de esconder aos poderosos os defeitos que nelles se deparem. E' o facto de procurar imitar servilmente attitudes e gestos de homens de talento. E' o feitio dos que se deixam levar pelas idéas dos arautos de refórmas que o meio não comporta, e de cuja sinceridade e razão de ser fingem estar bem impregnados.

Visto despertar sempre maior consideração um indiduo que esteja engolphado em qualquer soffrimento, há quem se deixe levar pela suggestão de o fingir ter, a merecer certos cuidados.

E' a suggestão das leis sociaes que firmam que será aposentado o que se houver invalidado, que ficará isento do serviço militar quem tiver qualquer defeito grave, que se libertará do castigo quem fôr alienado, o motivo, pelo qual se simulará uma doença.

O simulador de uma doença finge ter os seus symptomas communs. O dissimulador esconde o que della pareça caracteristico.

Provoca uma doença quem procura ficar em condições de a adquirir. Consegue pretextal-a quem procura demonstrar haver manifestações pathologicas incompativeis com determinadas funcções. Exaggera uma doença quem lhe accentúa os caracteres.

Como bem diz Slocker, tudo isto é methodo de simulação. Assim, dissimular é simular um estado physiologico; pretextar é simular a incompatibilidade entre a doença e a realisação de qualquer acto; provocar é simular ter sido espontanea a doença que se foi procurar e exaggerar é simular haver cousa maior do que ha de facto.

Sempre que ha motivos, para que adviessem vantagens si fosse louco, póde um individuo simular a loucura.

Particularmente se observa o facto nos que estão sujeitos á sancção penal. Della ficariam isentos, si fossem loucos. Fingem-no ser.

Ha ás vezes a simulação de loucura por delinquentes.

Si qualquer individuo póde simular de modo mais ou menos perfeito ser louco, claro está que aquelles que tem como obrigação fiscalisar a perfeita applicação das

leis, buscam todos os meios para que se não deixem ludibriar. Cita-se o caso de Thomas Minnick, reporter de um jornal americano, que fingiu ser louco, a ser internado no Asylo de Bellevue em Nova York, em que se dizia serem maltratados os doentes, factos de que se vinha occupando a imprensa.

Fingíu-se elle doente agitado, a aggredir quantos se lhe approximavam, e a quebrar quanto lhe cahia nas mãos. Apezar de dar pelas suas palavras e actos a impressão de um louco, os medicos se não deixaram ludibriar e mandaram-lhe dar um vomitorio, uma ducha gelada de meia em meia hora, injecções de morphina, lavagem de estomago e applicação de electricidade. Máo grado tudo isto, foi continuando a fingir-se de louco. Gritava, dava gargalhadas, saltava, enroscava-se nas pernas dos medicos. Não poude, porém, manter a simulação quando o Dr. Fitch, director do Hospicio, declarou a seus auxiliares que trouxessem os ferros, para que abrissem o craneo delle, em cujo cerebro havia um cancer. Confessou, então, aterrado, estar simulando.

A's vezes póde o individuo simular uma fórma de loucura, sem que propositadamente o faça. E' o caso da loucura a dous em que, á força de viver com um louco, começa o individuo, sempre degenerado, a copiar o que o impressiona, e a sentir e exteriorisar o que mais o incommodou.

Em outros casos, por uma questão de conveniencia, entende fingir-se de amalucado, fronteiriço, typo de desequilibrio mental, em que se diz ter o doente uma telha de menos. Começa, então, a praticar uma série de desatinos ou leviandades e, quando increpado, allega o seu estado psychico.

Erasmo fez o elogio da loucura, quando diz permittir ella dizer-se francamente aquillo que a qualquer um tolhem as convenções sociaes. Ha então a simulação de loucura, a bem dizer-se o que se queira.

Griesinger dizia que uma pessôa que bem simulasse ser louca, não dava indicio certo de sanidade mental, pois não raro deixaria de haver simulação de loucura e sim, super-simulação. Alguns auctores acreditam ser esta o que mais vezes se encontra, pois no intimo do simulador ha sempre um feitio de desequilibrado mental.

Laurent contesta o facto e diz que commum é a simulação apenas entre criminosos.

Duffield Robinson assignala, entre 3.500 presos, haver visto apenas vinte casos de simulação de loucura. Lentz assignala unicamente tres casos de simulação entre 495

delinquentes alienados. Vingtrinier assignala um caso em 205; Baer um em 201. Aqui no Rio de Janeiro, tem sido o facto observado com muito maior frequencia e, embora commummente venham os simuladores a ser descobertos pela arguicia dos que com elles lidam, raro é o anno em que se não vêm pelo menos, dez casos.

Em geral, quem simula ser louco procura imitar as fórmas mais ruidosas e conhecidas. Assim, a preoccupação é de gritar, rasgar as vestes, saltar e proferir phrases desconnexas. Outras vezes é o aspecto de uma grande tristeza.

Biswanger divide as loucuras simuladas em: confusões estuporosas, phrenesis allucinatorios ou ansiosos e manias furiosas.

Furstner admitte simuladores de fórmas depressivas, de fórmas confusionaes, de typo polymorpho e de fórmas excitadas.

O Dr. José Ingegnieros admitte cinco grandes grupos: *simuladores de estados maniacos*, de *estados depressivos*, de *estados delirantes ou paranoicos*, de *episodios psychopathicos em fundo neuropathico* e de *estados confuso-demenciaes*.

Os simuladores de estados maniacos fazem-no desde os simples estados de excitação maniaca até os de mania com grande agitação. Fazem muito barulho, saltam e gritam, mas quando acreditam que não estejam a ser observados, buscam repousar e adormecer calmamente. Curioso é que o alienado consegue ter na sua agitação uma resistencia á fadiga e ao somno que o são não logra possuir.

Os *simuladores de estados depressivos* fazem-no, igualmente, em relação a todos os gráos de melancolia. Ha os que simulam uma grande tristeza e remorso peló acto praticado, aparentando uma grande quantidade de allucinações, o que não está de accordo com o feitio classico da psychose maniaco-depressiva. Por outro lado, com o desconhecimento natural da existencia de fórmas mixtas, é obvio que não cogitará o simulador de imbricar estados maniacos com melancolicos

O *simulador de estados delirantes ou paranoicos* busca fazel-o, inventando estados psychicos, com ou sem allucinações, de móldes bem diversos. E' o delirio episodico e a paranoia o que então se envida copiar. Claro está que esta simulação não fatiga muito quem a executa. Não é, porém, das mais difficeis a ser descoberta pelo especia-

lista, porquanto o simulador não terá a noção perfeita de certos detalhes.

São idéas de perseguição as que mais vezes se encontram. Póde o individuo allegar a existencia de allucinações inventadas e explicar por ellas o crime praticado.

Poderá haver o typo do delirio systematisado allucinatorio chronico. O clinico pesquizará seus detalhes e descobrirá o embuste.

O *simulador de episodios psychopathicos em fundo neuropathico* allegará ter tido um episodio delirante hysterico ou epileptico. Muitas vezes o caso é bem delicado, porque se trata realmente de um hysterico ou epileptico. No entanto, o acto que nada teve a vêr com isto o é apresentado como si fôra uma simples resultante. Será necessario rebuscar-lhe bem exactamente os detalhes, a bem se apurar a realidade do allegado. Não é este processo dos mais communs.

O *simulador de estados confuso-demenciaes* procura fingir ter incoordenação de idéas e disturbios notaveis da memoria. E' este um processo facil de ser simulado, que exige bastante pericia a ser descoberto.

Assim como, á força de mentir fica o mentiroso crente, em consciencia, do que vai allegando, assim tambem se diz, que quem simula duradouramente uma fórma de loucura, acaba ficando com ella. Não é isto, porém, uma verdade e, si o fôra, estaria em desaccordo com o conhecimento da etio-pathogenia de numerosas doenças mentaes.

José Ingegnieros apresenta uma estatistica de simuladores de loucura, em que constatou 27 % de delirantes ou paranoicos, 25 % de maniacos, 17 % de depressivos, 17 % de confuso-demenciaes e 13 % de episodios psychopathicos.

Si é verdade que o individuo só simula porque haja delinquido e se queira furtar á applicação de qualquer pena, é preciso tambem lembrar que o numero de verdadeiros alienados que delinquiram, é muito maior do que geralmente se pensa.

Ingegnieros diz que mais de metade dos alienados communs são verdadeiros alienados delinquentes, pois já praticaram infracções da ordem social ou attentados de qualquer natureza contra pessôas e cousas.

Quando se inquire do especialista si ha realmente loucura ou simulação de loucura, deve-se, antes de mais, indagar dos detalhes do acto delictuoso praticado, a vêr si nelle existem relações entre o estado mental e seus pormenores. Si não houver o menor motivo, para que elle se

consumasse, é mais plausivel que se trate do acto de um louco. Por outro lado, póde succeder que um epileptico tenha raiva de uma dada pessôa, della fale muito mal e possa occorrer um impulso em que, sem consciencia, a mate, vindo tudo a deixar parecer que houve simulação no allegar impulso epileptico, quando tal não occorreu.

Estes casos são essencialmente muito complexos para perfeita delucidação de tudo.

Devem ser investigados os dados do exame nosologico, do exame somatico, os psychologicos syntheticos e os analyticos.

Os dados do exame nosologico pódem ser muito valiosos, si positivos. Haverá, então, a verificação de elementos degenerativos hereditarios, de crises epileptifórmes, de uma transformação lenta e progressiva do caracter, de disturbios notaveis na vida affectiva e sexual, de sorte que o acto pretendido simulado vem enquadrar-se razoavelmente nos disturbios do psychismo, que vinha o doente tendo.

O exame somatico permittirá que se reconheçam caracteres que estão mais de accordo com certos typos morbidos. Assim, em pesquizas que fiz sobre o Pulso nos Alienados e a cujo respeito publiquei um trabalho, se constata que elle varia em relação ao typo hygido e consoante a modalidade apresentada.

O alienado melancolico tem a respiração muito lenta e profunda. O simulador não a poderá reproduzir duradouramente.

E' muito difficil simular a sialorrhéa. Retenção de fézes e urinas se não poderá imitar por muito tempo. Não é facil deixar de suar durante dias quentes, como póde succeder ao verdadeiro melancolico.

A diminuição notavel de peso e a febre não pódem ser simuladas com facilidade.

O exame de urinas e do liquido cephalo-racheano tambem de muito servirão.

Ha, portanto, um certo numero de dados do exame somatico que, si presentes, bem permittirão ter-se a certeza de que não houve simulação.

Como dados do exame psychologico synthetico ha um certo numero de elementos que tambem pódem ter uma grande significação.

Si a extravagancia das idéas delirantes de um maniaco o induz a se enroupar de um modo extravagante, aquelle que busca copial-o, fal-o em demasia.

O humor prazenteiro que neste typo clinico se constata, perdura dias a fio e é acompanhado frequentemente por uma grande agitação que não cessa para que o individuo durma á vontade, como advirá, forçosamente, ao simulador. O verdadeiro alienado tem um illogismo inconsciente e involuntario que não é facil copiar de modo perfeito.

Na escripta, nos desenhos, em toda a conducta do alienado ha anormalidades que bem attestam o psychismo alterado que nelle se constata.

Na investigação dos dados do exame psychologico analytico ha tambem muito onde respigar. Não é facil copiar a desattenção estavel de certos alienados. Não é, igualmente, facil fazel-o em relação aos disturbios da memoria, com todas suas gradações. Quem finge ser desmemoriado, revela esquecer-se muito do que é antigo, e lembra-se bem do que é moderno. Não sabe que o verdadeiro doente tem os phenomenos justamente ás avessas. Na localisação do esquecimento, em relação a um dado crime, vai o simulador, ás vezes, a um periodo muito anterior, no afan de se mostrar de tudo bem olvidado.

Póde uma pessôa fingir-se de muito allucinada, mas, quando distrahida, a sua attitude não demonstra que esteja ouvindo vozes ou vendo cousas que assustem.

Para descobrir a simulação da loucura, quando, apezar de uma observação meticulosa, a duvida ainda se antolhe, ha os recursos de ordem *astuciosa, coercitiva, toxica* ou *scientifica.* Esta classificação de José Ingegnieros é muito pratica, visando sempre, antes de tudo, não acarretar damno ao observado.

De um recurso de *astucia* se serviu o talentoso clinico Dr. Allú Vianna, que, quando Interno da Clinica Psychiatrica, declarára aos collegas, deante de um simulador, que o quadro clinico que este apresentava, era exquisito, porque faltava um tremor do braço direito que sempre existia na fórma morbida que elle parecia ter. Tanto bastou para que, no dia seguinte, elle fingisse tel-o e assim fosse descoberto.

Um juiz descobriu um simulador que fingia se não lembrar de quanto occorrera durante um crime, reproduzindo trechos de declarações delle que adulterára propositalmente, a fingir que elle déra certos indicios do crime. Viu, então, que elle protestava e que evidenciava uma memoria perfeita.

Não é muito aconselhavel o methodo de Foderé, que mandava fingir que se applicasse um ferro em braza nas

costas de uma simuladora agitada. O susto que isto póde provocar, póde fazer muito mal.

O methodo de astucia não deve ser acompanhado de qualquer brutalidade ou recurso que acarrete intensa reacção emotiva.

O *emprego de meios coercitivos* não é bom. Já houve casos de morte. Como exemplo, ha um simulador, a quem se mandou dar uma ducha fria muito demorada, de que lhe advieram pneumonia e morte.

Alguns mandam impôr um jejum prolongado. Schlager aconselha privar o simulador de todo e qualquer conforto.

Anzony e Chambert mandam collocar o individuo numa secção de maniacos e epilepticos, a que se apavore.

Ha ainda quem use ameaçar e chegar a dar surras com cannos de borracha, surprehender os embustes.

Correntes electricas foram empregadas com intensidade que as tornassem incommodas.

Marc mandou fazer uma série de cauterisações em um individuo, até que, na applicação de um sedenho, a resistencia deste se quebrantou e confessou elle a simulação.

O emprego de meios de ordem coercitiva deve ser referido unicamente, para ser condemnado.

O *emprego de meios de ordem toxica* não é, igualmente, aconselhavel.

Monteggia indicava o uso do opio em dóses tão fortes que o individuo chegasse a quasi ficar envenenado. Morel embebedava o supposto simulador. Moreau de Tours dava o haschich em dóses fortes.

A belladona foi tambem aconselhada.

O ether e o chloroformio foram usados.

Sempre que a intoxicação já era muito profunda, havendo risco de vida do individuo, não conseguia mais este simular.

O *emprego dos meios de ordem scientifica*, embora superior aos dous ultimos, não offerece vantagens sobre o da astucia.

Como exemplo delles, ha o emprego do pletismographo de Mosso, a registar os disturbios circulatorios provocados pelos choques emotivos. Prega-se um susto no doente e vê-se como elle reage. Dá-se uma má noticia e se observa o effeito.

Observa-se detidamente o individuo e registam-se as suas mudanças physionomicas.

Modernamente, ha no caso a applicação de recursos muito interessantes. Um individuo que finge ter uma psy-

chose alcoolica e que se mostre muito excitado, é submettido a um exame de sangue, em que se faça o diagnostico de embriaguez pela *percentagem de alcool contido no sangue.* Isto tem grande importancia em Medicina Legal, pois, mesmo muitas horas depois da morte de um alcoolisado, a proporção de alcool no sangue mantem-se a mesma. Pelo methodo, de Nicloux, de Strasburgo, que já descrevi no capitulo *psychose alcoolica,* em que se empregam bi-chromato de potassio e acido sulfurico, formando-se o sulfato de chromo, ha no liquido em exame uma graduação de côres que variam do verde pallido amarellado ao verde azulado e ao azul intenso. A percentagem é determinada por meio de um padrão colorimetrico.

O maximo de proporção de alcool no sangue se encontra no fim de hora e meia. A eliminação é completa no fim de quinze horas naquelles que não estão habituados a beber. De 1 a 2 cc^3 de alcool absoluto por kilo de peso do corpo, não é uma dóse sufficiente para provocar a embriaguez. Si houver 3 cc^3 por kilo de peso, ha ligeira embriaguez, si 4 a 6 cc^3, intoxicação profunda.

Si se fizer a analyse de sangue de uma pessôa que tenha 75 kilos e se encontrarem 4 cc^3 de alcool absoluto por litro de sangue, é prova de que, duas horas antes, pelo menos, foram ingeridas 75 vezes 4 ou 300 cc^3 que correspondem a 3 litros de vinho de 10 % de alcool ou a mais de meio litro de brandy, conteúdo 50 % de alcool.

Si um individuo commetter um crime e fingir ter um delirio alcoolico, a pesquiza de alcool no sangue permittirá, si não fôr feita muito tempo depois, que se descubra si a intoxicação é verdadeira, ou não.

Investigando-se a *cholesterina* no sangue, a qual segundo Pachon, está sempre augmentada no alcoolismo, e não se encontrando augmento, haverá motivos para se pensar em simulação.

Holzmann manda investigar a *pressão sanguinea* no alcoolisado, a qual se mostrará com diminuição da pressão systolica, augmento ou diminuição da pressão diastolica, havendo pulso muito frequente ou pouco tenso.

Ha uma prova de Runge que manda investigar no alcoolisado a existencia de um *nystagmo* rythmico, quasi sempre horizontal, algumas vezes vertical, nas direcções extremas do olhar, frequentemente associado a uma paresia dos movimentos conjugados de lateralidade, muitas vezes a uma paresia da convergencia e á perturbação das reacções pupillares á luz e á convergencia.

Ha tambem a *reacção de convergencia*, estudada pelo Prof. Schilder, de Nova York, que mostra que no individuo alcoolisado, contrariamente ao que se vê no são, si se manda estender os braços parallelamente, com os olhos fechados, buscando-se ficar com elles quietos, ha uma tendencia a approximal-os, pouco a pouco.

Si uma pessôa que commetteu um crime, allega ser *epileptica*, tem-se, hoje em dia, a prova da *hyperpnéa* provocadora da crise. Manda-se o individuo ficar deitado, sem roupas apertadas, e pede-se que faça 15 inspirações profundas cada minuto, fazendo-o com o rythmo bem regular e lento. No fim de 5, 10 ou 20 minutos de prova, ha mal estar, hypertonia e pouco depois se desencadeia um ataque classico de epilepsia. Si o individuo não fôr epileptico, não haverá a crise convulsiva.

Si o individuo criminoso fingir ter um *ataque epileptico* diante do observador, já não succederá o que se deu no caso de Calmeil e Esquirol, em que o pollegar fortemente flectido sobre a palma da mão, serviu para provar epilepsia que não existia. Hoje ha o testemunho positivo pela existencia, no momento, do signal de Babinski, presença de ecchymóses, principalmente sub-conjunctivaes, dilatação pupillar com perda de reacção á luz.

Na *hysteria* tenho encontrado na quasi unanimidade dos casos, abolição do reflexo pharyngêo e do corneo-conjunctival.

O primeiro phenomeno foi o assumpto da excellente these do talentoso Neuro-Psychiatra Dr. Mario Pinheiro. Toca-se com um palito a uvula e não ha o reflexo nauseoso, a tendencia ao vomito.

O segundo se investiga, passando-se o dedo pelos olhos bem abertos. O hysterico nada sente e não pestaneja.

Os auctores não se referem a estes dous elementos de diagnostico da hysteria, aos quaes dou grande valor para diagnosticar hysteria e permittir descobrir a simulação.

O individuo póde simular uma *constituição hyperemotiva* ou se achar num estado de accentuado *nervosismo.*

A investigação das provas de um desequilibrio vagosympathico, por ventura existente, póde ter um grande valor para despistar a simulação.

Os estudos a respeito da *acidóse,* e *alcalóse* e a comprovação da existencia de uma dellas em certos casos, poderá servir para decidir casos litigiosos.

Si se encontra uma *dosagem de uréa* muito elevada no sôro sanguineo em individuo que se suspeite estar simu-

lando *confusão mental,* haverá motivo para que se acredite, ser esta verdadeira.

Do mesmo modo, o exame de urinas completo póde no caso tirar a duvida.

Nos casos de simulação de *estados maniacos* e *depressivos,* pódem servir de muito os estudos modernos a respeito do desequilibrio vago-sympathico, dos disturbios do metabolismo basal e das provas psychologicas de emotividade.

A *psychologia experimental* permitte despistar as perturbações da memoria que, em *estados demenciaes,* mesmo no seu inicio, se constatam.

O *pletismographo de Mosso,* que serve para registar disturbios circulatorios provocados pelas emoções que se determinem, serve para vêr aquelle que realmente é emotivo e avaliar, por exemplo, a indifferença affectiva de um eschizophrenico, a que se communique a noticia da morte de um ente querido. O simulador de um estado de estupôr que pareça eschizophrenico catatonico, tem nisto recurso para ser descoberto.

As pesquizas de biologia clinica fornecem recursos que pódem comprovar a realidade de soffrimento do verdadeiro estuporado.

Visto não haver um unico elemento pathognomonico positivo, pelo qual se possa affirmar ser louco um dado individuo ou ser um outro, simulador, segue-se que o problema a ser resolvido póde tornar-se bem difficil.

No entanto, valem de muito aos peritos os recursos de ordem astuciosa e a difficuldade que tem o simulador de bem copiar os detalhes de um determinado quadro morbido. Aquelle que simula uma grande agitação, fatiga-se com facilidade e dorme depois com tranquilidade. Outro finge ter psychose maniaco-depressiva e se esquece de que nella não abundam as allucinações. Um simula ser allucinado e a physionomia prova que não é. Quem apparenta ter confusão mental, não inventa a toxi-infecção que della possa ser causa. No fingir demencia, os detalhes se não reproduzem. Assim, em resumo, succede sempre. Não será, porém, em poucos dias, commummente, que a fraude se descobrirá. Dias levará a rebuscar pormenores, mas a pericia tem recursos para descobrir todos os subterfugios que se empregam a mascarar a verdade.

DESEQUILIBRIO VAGO-SYMPATHICO E DOENÇAS MENTAES

METHODO ESPECIAL DE DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL PELA PESQUIZA DO REFLEXO OCULO-CARDIACO

O *desequilibrio do vago-sympathico* constitue um dos estudos mais interessantes da sciencia hodierna. Em doenças mentaes a sua importancia avulta extraordinariamente. Tenho tido por habito pesquizal-o constantemente nas varias doenças mentaes e cheguei á conclusão de que o exame póde prestar muito bons serviços, quer no esclarecimento do diagnostico, quer numa bôa orientação therapeutica. Entre os varios meios, pelos quaes se póde fazer a investigação do desequilibrio vago-sympathico, pareceu-me o mais pratico, o mais facil de ser realisado na clinica o do *reflexo oculo-cardiaco*.

Em Julho de 1934 o Prof. Nicolas Pende publicou na Revista de Criminologia, Psychiatria e Medicina Legal de Buenos Ayres um trabalho muito interessante, em que estuda o systema nervoso vegetativo na vida somatica e psychica.

E' bem sabido, outrosim, que ha relações muito estreitas entre o systema nervoso vegetativo e o systema hormono-poietico ou endocrino.

As glandulas vasculo-sanguineas produzem substancias chimicas estimulantes ou hormonios que determinam modificações metabolicas e energeticas consensuaes nos tecidos mais distantes. Ha uma verdadeira correlação neurochimica ou endocrino-sympathica.

Disturbios vaso-motores provocados pela influencia do sympathico nas arteriolas capillares pódem acarretar perturbações nutritivas em varias visceras e desequilibrar o organismo. Ao vago-sympathico que fórma o systema ner-

voso vegetativo ou da vida vegetativa ou da nutrição se contrapõe o systema nervoso da vida animal ou de relação com o mundo exterior, constituido pelos apparelhos sensitivo-sensoriaes, apparelhos da motilidade voluntaria, dos centros psycho-motores e psycho-sensoriaes.

Pende frisa bem que o systema do grande sympathico tem uma influencia positiva naquellas acções da vida vegetativa que influem no instincto de conservação, de reproducção, de offensa e defesa.

A cenesthesia só é possivel, emquanto existam vias sensitivas ou apparentes do grande sympathico que transmittám ao cerebro noticias sobre o estado do balanço vital do nosso organismo.

O prazer e a dôr se ligam ao anabolismo e ao catabolismo, dependentes do parasympathico e do sympathico.

Pende assignalou que nas *phases maniacas* ha um hypertonus parasympathico e nas *melancolicas*, um hypertonus sympathico e nos estados de ansiedade, actividade exaggerada do sympathico.

Nos typos tachipsychicos, isto é, que pensam muito depressa, ha excitabilidade do sympathico; nos bradipsychicos, isto é, que pensam muito devagar, domina o tonus parasympathico.

Langdon Brown no Encéphale de Outubro de 1922, fez uma synthese muito bem feita da pathologia geral do systema nervoso sympathico. Mostrou elle que a excitação do sympathico estimula o organismo para a lucta e augmenta o seu poder de defesa. Dilata-se a pupilla para perceber melhor a luz; bate mais depressa e com mais força o coração, para fornecer sangue aos musculos; os vasos sanguineos se contrahem nos territorios visceraes, elevando a pressão do sangue e expellindo-o dos orgãos digestivos, cujas funcções são ao mesmo tempo inhibidas, para os musculos estriados, myocardio, pulmões e cerebro; derrama-se o assucar na corrente sanguinea para reforçar a energia muscular; são excitadas as glandulas sudoriparas para refrescar o corpo aquecido pelo augmento da actividade muscular; em muitos animaes se eriçam os pellos, para que se tornem mais aterradores.

O parasympathico, de que é o vago a parte mais importante, é anabolico e visa conservar a energia.

A pupilla se estreita para a protecção á luz; o coração bate menos para acumular mais forças; a actividade chimica e muscular da digestão é posta em jogo para assimilar a energia fornecida pelo alimento. Quando ha dôr,

medo ou colera, são rapidamente postos em jogo os neuroneos sympathicos e o pasympathico é inhibido.

Ha um grande grupo de glandulas de secreção interna a cooperarem com cada um destes systemas: as supra-renaes, a thyreoide e a pituitaria influem no sympathico; as glandulas dos orgãos digestivos e seus annexos, no vago.

Na puberdade, na gravidez e na idade critica ha disturbios no sympathico pela acção das glandulas sexuaes.

A falta de vitaminas no organismo excita as supra-renaes e a hypophyse. Na febre ha modificações das supra-renaes e da thyreoide.

Cramer demonstrou que a hypersecreção das supra-renaes e da thyreoide inunda o sangue de assucar, cuja oxydação mais abundante augmenta materialmente a producção de calor.

A glycosuria não se produz, emquanto estão intactos os mechanismos de oxydação. E' o sympathico que innerva as glandulas sudoriparas e os capillares da pelle.

A emoção e a excitação influem muito na producção da glycosuria.

Crile consignou que a diabete augmentou muito quando houve o "crack" financeiro nos Estados Unidos. Singer e Clark referiram dous casos, em que havia alternancia entre glycosuria e manifestações mentaes. No basedowismo ha excitação da thyreoide e do sympathico. O medo dá hyperthyreoidismo, como bem se constatou nos ataques de Londres pelos aviões.

As perturbações funccionaes do coração se manifestam mais frequentemente depois de processos infecciosos, em que tenha occorrido uma insufficiencia das supra-renaes.

A hypervagotonia determina o espasmo laryngêo, a asthma, a diminuição ou irregularidade do coração, a hypotensão, a hyperchlorhydria, a tendencia á constipação espasmodica e ás perturbações cutaneas do typo vaso-dilatador. Ha excitação do sympathico na febre. A tendencia á hypertrophia dos orgãos lymphoides é funcção do vago.

Funccionando no plano da sub-consciencia, o systema nervoso sympathico fica além do controle da vontade.

A escola italiana, chefiada por Pende, frisa muito bem que o systema neuro-vegetativo está intimamente ligado aos processos morphologicos, humoraes, endocrinicos, metabolicos e biochimicos.

No longilineo esthenico predomina o sympathico, ao passo que o vago prepondera no longilineo asthenico e no brevilineo esthenico e asthenico.

O sympathico age com o grupo chefiado pela thyreoide, post-hypophyse, supra-renal e glandulas sexuaes; o vago, com a parathyreoide, pancreas, thymo e figado.

O vago é anabolico. O sympathico é catabolico. Quando predomina o vago, ha augmento de potassio; quando o sympathico, do calcio.

Castellino diz que é melhor dizer-se vago-esthesia e sympathico-esthesia, do que vagotonia e sympathicotonia.

Assignala elle haver vago-esthesias e sympathico-esthesias parciaes. Assim uma pessoa póde ser vago-esthesica no apparelho respiratorio e sympathico-esthesica nos apparelhos digestivo e cardio-vascular.

No contacto sexual ha excitação do sympathico. No somno predomina o vago. Berardinelli diz que toma o pulso dos doentes, não para exame do apparelho circulatorio e sim do neuro-vegetativo, pois si o pulso se mostrar apressado, predomina o sympathico, si vagaroso, o vago.

Brock e Kay fazem uma synthese perfeita dos carateres sympathicotonicos e vagatonicos.

São caracteres sympathicotonicos: a mydriase, paralysia da accommodação, seccura do globo ocular, das mãos e dos pés, raro pestanejar, seccura da bocca, hypoacidez gastrica; augmento da secreção gastrica; atonia, gastroptose; diminuição do tonus intestinal, prisão de ventre; defeituosa convergencia dos olhos; dilatação da fenda palpebral; tachycardia, augmento da pressão arterial, vasoconstricção; relaxamento do esphyncter vesical; urticaria, augmento de dermographismo; amygdalas pequenas; eosinopenia; tachypnéa; ausencia de inversão do reflexo oculo-cardiaco; esteatorrhéa, diminuição na tolerancia pelos hydratos de carbono; falta de salivação pela pilocarpina, test de Lobin positivo, reacção á adrenalina e á ergotina.

São caracteres vago-tonicos: a myose, hyperhydrose, epiphora; frequencia do piscar; salivação, hyperacidez gastrica, hypertonia, vomitos; espasmo do colon, diarrhéa, colite mucosa; ataques de asthma, sensação de oppressão; exophtalmia, bradycardia; baixa pressão sanguinea; pulso irregular que se modifica com a atropina; priapismo, dermographismo; estado thymico-lymphatico, eosinophilia; reacção á atropina; reflexo de Dagnini-Aschner; augmento da tolerancia pelas gorduras e pelos hydratos de carbono, salivação exaggerada pela pilocarpina.

Para se verificar o estado funccional do systema anatomo-sympathico, ha provas que se podem classificar em physicas e chimicas, além dos dados da observação physio-

logica. Guillaume divide as provas em mechanicas, chimicas e pharmacologicas.

A prova chimica melhor para o sympathico é a adrenalina, para o vago a atropina.

A pilocarpina serve para exame do vago. O nitrito de amyla e o nitrito de sodio servem para o sympathico.

André Guillaume creou o termo de *neurotonia* para designar um estado de exaltação ou hypertonia vago-sympathica. Na neurotonia as reacções são muito intensas diante de qualquer excitante, quer affectivo, quer thermico, quer mechanico ou pharmacodynamico. São, portanto, muito sensiveis os individuos portadores de neurotonia de Guillaume.

Na 7.ª reunião neurologica internacional annual em Junho de 1926, André Thomas fez um estudo muito documentado da semiologia do sympathico.

Mostrou que ha uma série enorme de processos, por meio dos quaes se póde provar haver um desequilibrio vago-sympathico. Para alguns se exige uma apparelhagem muito especial, o que não é positivamente pratico. Não é, por conseguinte, o methodo que mais convenha.

Mais praticos são os processos que prescindem de apparelhos e que deste modo são mais utilisaveis na clinica.

Prefiro, entre todos, a *pesquiza do reflexo oculo-cardiaco*. E' facilimo, pois basta, como é bem sabido, contar o numero de pulsações durante meio minuto e depois fazer uma leve compressão dos globulos oculares e contar de novo. O *reflexo ocular-cardiaco* é dito *normal* quando pela compressão ocular ha uma diminuição de 4 a 12 pulsações por minuto. O reflexo é *positivo* quando a diminuição é de mais de 12 pulsações por minuto. O reflexo é *nullo* quando não ha diminuição ou é elle inferior a 4 pulsações por minuto.

O *reflexo* diz-se *invertido* quando sem que tenha havido emoção ou dôr, em vez de haver diminuição, existir augmento do numero de pulsações. Quando o reflexo é *positivo*, diz-se que ha *vagotonia;* quando, *nullo ou invertido, sympathicotonia.*

Pensei em investigal-o nas diversas doenças mentaes. Systematicamente assim procedo em todos os meus doentes da especialidade.

Encontrei o *reflexo oculo-cardiaco positivo* na *psychose maniaco-depressiva,* na *epilepsia* e na *opiomania,* ao passo que havia *inversão do reflexo* na *eschizophrenia,* na *hysteria,* na *neurasthenia,* na *psychose de involução,* na

arterio-esclerose cerebral e no *délirio episodico dos degenerados.*

No que concerne a algumas destas entidades clinicas, ha pesquizas feitas por varios auctores e assignaladas em livros ou principalmente em jornaes medicos. Em relação á maioria dellas nada, porém, havia sido feito.

Targowla e Lamache publicaram no Encéphale de Março de 1929, um trabalho, em que assignalaram no começo da *melancolia* uma vagotonia mais ou menos accentuada, havendo pelo reflexo oculo-cardiaco uma quéda de pulso de 76 a 56 ou de 68 a 46. Nos simples *estados depressivos* notaram abolição do reflexo. Quando a cura se approxima, ha logo normalisação do reflexo.

Na Presse Médicale, de 25 de Abril de 1923, Santenoise diz que "o reflexo oculo-cardiaco appareceu sobretudo como um precioso meio de investigação do tonus para-sympathico". Verificou que os *paraxysmos ansiosos* são caracterisados por uma *hyper-excitabilidade do vago,* ao passo que nos periodos intervallares ha *hypovagotonia* relativa. Ha augmento do reflexo oculo-cardiaco quando o intervallo das crises vai sendo substituido pelo syndromo maniaco-depressivo.

Muitas vezes era a pesquiza do reflexo oculo-cardiaco, com sua vagotonia muito notavel, aquillo que fazia prever uma crise.

Os *intermittentes, de crises* frequentes têm, em geral, uma *excitabilidade para-sympathica* mais accentuada do que aquelles de crises mais espaçadas.

Assignala Santenoise que, a não ser nos epilepticos e nos hyperthyreoidêos, nunca se observam reflexos oculo-cardiacos tão notaveis como nos periodicos. Pelo contrario, nos eschizophrenicos notou um reflexo oculo-cardiaco pouco accentuado, sempre menos intenso do que nos maniaco-depressivos, principalmente agitados. A' hypervagotonia correspondem trocas organicas muito rapidas; á hypovagotonia, trocas muito diminuidas.

A periodicidade maniaco-depressiva estaria ligada á periodicidade do estado vago-sympathico e o apparecimento dos accessos ao augmento do tonus para-sympathico.

Camus bem accentuou as relações do systema nervoso da vida organica com o systema nervoso da vida de relação e o psychismo.

Santenoise diz que se póde modificar a evolução da psychose maniaco-depressiva, agindo sobre o tonus para-sympathico.

Mostrou elle a possibilidade de evitar na phase critica preparoxystica o syndromo de hyper-excitabilidade parasympathica. A melancolico de crises periodicas dava, um mez antes do accesso, vinte gottas de tintura de belladona e trinta de adrenalina. Em doentes de crises maniacas, conseguia evital-as, dando gardenal e belladona.

A proteinotherapia foi tambem empregada como um meio de inverter o tonus neuro-vegetativo.

Em trabalho muito bem feito por Tinel, em Fevereiro de 1933, mostrou elle que nos casos de *melancolia com agitação ansiosa* ha polynucleose mais ou menos intensa e *hyperexcitabilidade sympathica;* nos de *melancolia com estupôr* ha leucopenia notavel com diminuição dos polynucleares. Em ambas as variedades ha eosinophilia que prova intoxicação.

Euziére e Margarot haviam dito em 10 de Junho de 1920 que a *hypertonia do sympathico* é frequente nos *estados ansiosos* e está em relação directa com o grão de ansiedade apresentada pelos doentes. A angustia estaria tambem constantemente ligada a uma actividade exaggerada do sympathico.

Na quasi unanimidade dos meus doentes *maniaco-depressivos* tenho encontrado o *reflexo oculo-cardiaco fortemente positivo* durante a crise ou pouco antes della. Contrariamente a isto, em meus doentes *eschizophrenicos* tenho constatado o *reflexo oculo-cardiaco invertido.*

E' bem sabido que um dos problemas mais difficeis em Psychiatria é differenciar bem um caso de psychose maniaco-depressiva de um de eschizophrenia.

A's vezes os symptomas são de tal modo fronteiriços que se fica na duvida. E a familia do doente fica ansiosa a indagar do medico qual o diagnostico exacto, e elle poderá errar, affirmando a ella uma certeza de cura mais ou menos proxima quando ella se não dará, ou declarando incuravel aquillo que dias ou mezes depois terá desapparecido.

No *reflexo oculo-cardiaco* encontrei um meio para esclarecimento do diagnostico de enorme valor. Quando encontro o reflexo *positivo* penso em *psychose maniaco-depressiva* e quando *negativo,* em *eschizophrenia.* Faço o tratamento adequado e a evolução do caso clinico tem vindo sempre confirmar a minha suspeita. Comprehende-se bem como se deve encarecer o valor desta prova, a que, em geral, os auctores se não referem ou a que não dão grande significação.

Poucos scientistas se têm occupado do desequilibrio vago-sympathico na eschizophrenia. Apenas Desruelles, em Março de 1934, apresentou um trabalho muito interessante, em que demonstrou haver nos dementes precoces uma excitabilidade do sympathico muito mais accentuada do que em qualquer outra psychopathia. Em metade dos casos a encoutrou irredutivel pela vagotonina. Quando se consegue diminuil-a, nunca se vae á abolição completa. A excitabilidade para-sympathica se deparava muito fraca ou nulla, não se modificava pela vagotonina. Não fiz experiencias com a vagotonina, pois só muito recentemente este producto appareceu no Rio de Janeiro, e assim mesmo em quantidade muito pequena.

Em trabalho de Abril de 1933, Pons Balmes e Irazoqui, tratando de perturbações glycemicas na eschizophrenia, assignalaram, pelo contrario, que as provas vegetativo-sympathicas demonstram um bom equilibrio vegetativo, não se encontrando caso algum de predominio sympathicotonico. E' facto que as minhas investigações têm sido constantemente concordes em affirmar a existencia de *sympathicotonia nos eschizophrenicos*, comprovada pela *inversão* do *reflexo oculo-cardiaco.*

Outra questão de diagnostico differencial difficil é entre a *epilepsia* e a *hysteria.* Pela pesquiza do *reflexo oculo-cardiaco* faço a differenciação, sendo elle *positivo naquella e negativo nesta.*

Giuseppe Zoura, no Instituto Psychiatrico de Reggio-Emilia, em 1934, diz que em 54 epilepticos essenciaes pesquizou o reflexo oculo-cardiaco e o encontrou positivo na quasi unanimidade dos casos.

Claude, Tinel e Santenoise sempre encontraram o reflexo-oculo-cardiaco positivo nos epilepticos.

Na *hysteria* tenho constatado frequentemente a inversão do reflexo. Tinel, Marick e Lamache constataram haver nella um desequilibrio vago-sympathico.

Além da inversão do reflexo, tenho verificado na hysteria abolição dos reflexos corneo-conjunctival e pharyngêo, e a não existencia de mal estar ou ataque convulsivo pela prova da hyperpnéa provocada.

A *neurasthenia* póde apresentar embaraços de diagnostico com a *psychose maniaco-depressiva.* A pesquiza do reflexo oculo-cardiaco concorre para me tirar as duvidas, pois nesta é positivo e naquella , quer na sua modalidade *psychasthenica,* quer no *nervosismo,* é *negativo.*

Muito difficil é distinguir um triste-melancolico de um triste-neurasthenico. Serve de muito para a differenciação ser aquelle auto-accusador e vagotonico.

No nervosismo cephalico ha excitabilidade do sympathico cervical que provoca vaso-constricção encephalica.

No nervosismo cardiaco os batimentos arteriaes são accelerados pela excitabilidade do sympathico. Misch frisou que a angustia depende de excitação do sympathico. A ansiedade é um phenomeno sympathico-cortical, a angustia, sympathico-bulbar.

Na dyspepsia nervosa que abrange o nervosismo gastrico e o nervosismo intestinal, ha desequilibrio vago-sympathico. No nervosismo sexual ha tambem disturbios na esphera do sympathico.

Difficil é, as vezes, distinguir um doente de *psychose de involução* de um *maniaco-depressivo*. Tenho conseguido fazel-o pela verificação reiterada de que é elle *negativo naquella* e *positivo nesta*. Além de sympathicotonico, o doente de psychose de involução tem um estado mais ou menos persistente de ansiedade.

Contrariamente ao que sempre tenho visto, Haro e Poza, escrevendo sobre systema neuro-vegetativo e climaterio, verificaram haver excitabilidade do sympathico nas insufficientes do ovario, ao passo que no climaterio ha, ás vezes, diminuição da excitabilidade, quer do vago, quer do sympathico.

Os *viciados no opio são vagotonicos.*

Isto é o que, em geral, se verifica. No entanto, Sollier e Morat, na Presse Médicale de 8 de Março de 1930, discordam disto, tendo verificado que o reflexo oculo-cardiaco se encontra *invertido* na *abstinencia,* embora fortemente *exaggerado* depois de uma injecção de morphina. Nos primeiros momentos da abstinencia ha inversão, mas si ella dura, cessa a inversão e o reflexo se torna fortemente positivo e as manifestações clinicas são francamente vagotonicas. A belladona terá indicação como meio de combate á vagotonia, accrescida de uma pequena dóse de morphina

Em trabalho muito interessante do Prof. Nerio Rojas, da Argentina, elle mostra que a adrenalina aproveita na cura da morphinomania e eucodalomania pelo facto de equilibrar o systema vegetativo, perturbado pela vagotonia.

Tenho verificado na *arterio esclerose cerebral inversão do reflexo oculo-cardiaco.* Predominam os symptomas sympathico-tonicos e interessante como prova disto, é a

idéa moderna de que a tensão arterial augmenta nos periodos iniciaes desta, concorrendo para a genesis de insultos apoplecticos e hemorrhagia cerebral. Os factores emotivos accarretam excitação do sympathico e esta, por sua vez, acarreta disturbios vasculares cerebraes.

No *delirio episodico dos degenerados* tenho encontrado frequentemente *inversão do reflexo oculo-cardiaco*. Isto concorre para que se possa fazer a differenciação com a *psychose maniaco-depressiva.*

Isto tambem tem muita importancia porque o tratamento é differente num e noutro caso, optimo pelo valerianato de atropina no delirio episodico e pelo luminal na psychose maniaco-depressiva.

Tudo isto serve para demonstrar que por um meio tão simples se consegue fazer a diagnose differencial em doenças mentaes. E não só para isto serve como tambem para dirigir o tratamento num sentido sempre proveitoso.

E' uma concepção original minha que, acredito, possa ser muitissimo util em certos casos, particularmente naquelles, em que a symptomatologia não esteja bem nitida ou o mal estiver apenas em seus primordios.

Em Psychiatria tudo quanto se fizer para que ella se fundamente em bases mais solidas, será motivo para que se dê acolhida e se preste a devida attenção.

RESPONSABILIDADE MEDICO-LEGAL DOS ALIENADOS

E' um dos pontos mais interessantes da psychiatria este, em que se busca apurar, depois de se saber ser um individuo alienado, ser elle responsavel ou não por um acto praticado. A primeira idéa natural e logica é a de que, si alienação mental existe, abolição completa de responsabilidade d'ahi deverá derivar. Com effeito, quando ha alienação mental, a pessôa fica fóra de si de modo permanente e duradouro, e, si tal succede, não póde estar presente, em consciencia, a todos os detalhes do acto praticado.

Só póde ser responsavel por qualquer cousa quem della tenha consciencia e esteja, portanto, em condições de agir ou deixar de agir. Póde succeder, porém, que haja um delirio systematisado e o doente só não raciocinará perfeitamente bem no que dissér respeito directamente ao delirio. Continuará a desempenhar com pericia suas occupações e a ter consciencia do que faça, excepto no que fôr concernente ao thema delirante. Si o acto delictuoso com este não tiver relação, não poderá haver irresponsabilidade quando houve consciencia plena do que se fez. E' um caso, pois, de alienado com responsabilidade, que, si não é perfeita como no typo são, é, pelo menos, attenuada. Não é igual á dos typos hygidos, porque pela synergia das funcções do cerebro, vulnerado por um thema delirante, se revelará sempre um tanto meiopragico.

Si um individuo se achar alcoolisado, na occasião em que praticar um crime, e si o gráo de alcoolisação lhe não apagar completamente a consciencia do que estiver a fazer, terá uma responsabilidade incompleta ou attenuada. Será esta tambem a de uma pessôa que, dominada por um processo toxi-infeccioso, tenha uma noção incompleta e confusa do que esteja a fazer.

Falta de responsabilidade, completa e absoluta, terá, sim, aquelle que, epileptico, praticar um crime, dominado por um impulso, em completo estado de inconsciencia.

Ahi, então, não poderá haver noção do que se esteja fazendo, e capacidade para refrear uma reacção violenta.

Só é verdadeiramente irresponsavel, portanto, quem não tiver a menor noção do que esteja fazendo.

Von Liszt dizia que capaz e responsavel é todo homem mentalmente desenvolvido e mentalmente são. No entanto, a reciproca não é verdadeira e nem todo homem que não é mentalmente são deixa de ter completa responsabilidade, pois póde tel-a enfraquecida e attenuada.

O typo são tem capacidade, isto é, aptidão para a vida civil, e imputabilidade, isto é, responsabilidade por qualquer delicto praticado.

Diz o nosso Codigo Penal, no seu art. 7.º, que "crime é a violação imputavel e culposa da lei penal".

No seu art. 27, diz elle: "não são criminosos... § 3.º — os que por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil forem absolutamente incapazes de imputação; § 4.º — os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e intelligencia no acto de praticar o crime".

No seu art. 29, diz elle:

"Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alienados, si o seu estado assim exigir para segurança do publico."

No art. 38, paragrapho 2.º, se diz que "prevalecerão as attenuantes quando o criminoso não estiver em condições de comprehender toda a gravidade e perigo da situação, a que se expõe, nem a extensão e consequencia de sua responsabilidade".

Diz o art. 42, no seu decimo paragrapho, ser circumstancia attenuante: "ter o delinquente commettido o crime em estado de embriaguez incompleta e não procurada como meio de o animar á perpretação do crime, não sendo acostumado a commetter crimes neste estado".

Diz o artigo 68: O condemnado que se achar em estado de loucura, só entrará em cumprimento da pena, quando recuperar as suas faculdades intellectuaes. Paragrapho unico: Si a enfermidade manifestar-se depois que o condemnado estiver cumprindo a pena, ficará suspensa a sua execução, não se computando o tempo de suspensão no da condemnação.

Colloca o art. 378 entre as contravenções de perigo commum, o "deixar vagar loucos confiados á sua guarda, ou quando evadidos de seu poder, não avisar á autoridade competente, para os fazer recolher", "receber em casa particular, sem aviso prévio á auctoridade, ou sem auctorisação legal, pessôas affectadas de alienação mental".

O codigo processual para o Districto Federal, mandado executar pelo Decreto n. 16.751, de 31 de Dezembro de 1924, diz no seu art. 59: si no decurso da investigação policial ou da instrucção o indiciado deu provas de affecção mental, a autoridade proseguirá na indagação das provas, com assistencia de um curador especial. Colhidas as provas ficará suspenso o processo que só proseguirá depois de restabelecida a saúde mental do réo que terá o direito de reinquirir as testemunhas: art. 60 — si as manifestações de affecção mental apparecerem depois do encerramento, o processo será suspenso até que o accusado tenha recuperado o uso normal das faculdades intellectuaes; art. 61 — nos casos dos artigos precedentes, si ficar apurada que a doença mental era anterior á infracção e de natureza a derimir a responsabilidade, o juiz declarará irresponsavel o réo; art. 62 — a affecção mental do réo e sua cura serão verificadas por exame medico-legal.

O art. 202 do mesmo Codigo, diz: nas pericias de sanidade mental, os peritos poderão solicitar da auctoridade competente a internação da pessôa a observar em estabelecimento apropriado.

O art. 348 estabelece: nenhum quesito sobre qualquer enfermidade mental, accidental ou permanente, ou com fundamento no art. 27, § 4º, do Codigo Penal, com relação ao accusado, poderá ser proposto, desde que se não tenha realisado prévia pericia technica, a requerimento da parte, do Ministerio Publico ou por determinação do juiz *ex-officio*.

Diz o Codigo Civil, em seu art. 5.º e § 2.º, que "são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os actos da vida civil os loucos de todo genero".

O art. 84 indica que elles serão representados pelos pais, tutores ou curadores em todos os actos juridicos.

O art. 145, § I, diz "é nullo o acto juridico, quando praticado por pessôa absolutamente incapaz".

Diz o art. 169 que "contra os incapazes não corre a prescripção".

Diz o art. 446 que estão sujeitos á curatela os loucos de todo genero, só intervindo o Ministerio Publico no caso de loucura furiosa.

No art. 450 se preceitúa que antes de se pronunciar acerca da interdicção, examinará pessoalmente o juiz o arguido de incapacidade, ouvindo profissionaes.

O art. 452 estabelece que "a sentença que declara a interdicção, produz effeitos desde logo, embora sujeito a recursos".

Os arts. 453 e 454 mandaram que o interdictado fique sujeito á curatela, que será exercida pelo conjuge ou, na falta deste, pelo pai, ou pela mãi, ou pelo descendente maior, destes se preferindo o mais proximo descendente e o varão.

O art. 457 diz: "os loucos, sempre que parecer inconveniente conserval-os em casa, ou o exigir o seu tratamento, serão tambem recolhidos em estabelecimentos adequados".

Diz o art. 1.627, § II, que são incapazes de testar os loucos de todo genero.

Sendo estes os artigos dos codigos penal e civil, vigentes entre nós, vê-se, desde logo, que, em vez de falar em alienados, se referem elles constantemente a loucos de todo genero.

Não me parece que tenha sido feliz o legislador quando escolheu esta expressão — loucos de todo genero. Naturalmente quiz elle significar todo e qualquer alienado. Convem, porém, observar que não são synonymas as duas expressões. Os alienados pódem ser loucos ou delirantes. A alienação mental significa ficar um individuo fóra de si de modo permanente e duradouro. E' um quadro amplo, em que se contêm a loucura e o delirio. Para que exista loucura, é preciso que haja uma modificação da personalidade. Para que haja delirio, basta que exista um desvio do raciocinio.

São, pois, a loucura e o delirio ramos da alienação mental e, portanto, si o louco e o delirante são alienados, quem diz louco, não engloba o delirante e, consequentemente, exclúe um grande grupo de alienados.

A loucura representa um quadro muito particular de alienação mental, em que se exige sempre a presença de uma transformação da personalidade. E' muito mais grave do que o delirio, muito mais difficil de cura. Evidentemente, o legislador não pensou em abranger unicamente os casos, em que houvesse este elemento de maior gravidade e, por conseguinte , deve-se acceitar o termo como synonymo, erradamente empregado, de alienado.

O Prof. Adauto Botelho, em sessão de Junho de 1920 da Sociedade de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, propôz, e foi unanimente acceito, que se solicitasse ao Congresso a substituição da palavra loucos de todo genero pela de *alienados e deficientes mentaes*.

O Prof. Clovis Bevilaqua disse, em Abril de 1936, que a expressão *loucos de todo genero* — não tem em justiça a mesma significação que em psychiatria. São expressões

delle: "nella se inclúem os loucos declarados, os imbecis, os idiotas, os cretinos, os paranoicos, os loucos moraes, etc. emfim, todos os que padecem de insanidade mental que por seu proceder se revelem inaptos para dirigir a sua pessoa, e administrar o seu patrimonio".

O distincto Ministro Eduardo Espinola frisou em trabalho que escreveu, que o projecto Bevilaqua propuzéra a expressão *alienados de qualquer especie* e que a Commissão Revisora, por proposta do Conselheiro Barradas, preferiu a formula *loucos de todo genero,* por ser tradicional em nosso Direito.

Quando se procede a um exame de sanidade mental e se chega á conclusão de que o individuo examinado não tem capacidade civil, implicitamente se estabelece que elle não póde reger pessoas e bens.

Para logicamente se discutir o thema — responsabilidade medico-legal dos alienados — deve-se estabelecer como premissa, que já se haja provado ser o individuo alienado.

Préviamente já se haverá afastado a hypothese de que seja o individuo um simulador

Não foi feliz o Cod. Penal, quando no seu art. 27, §§ 3.° e 4.°, estabelece que não são criminosos os que, por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação, e os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e intelligencia no acto de praticar o crime. Não são unicamente os alienados que se amoldarem pelo feitio do imbecil ou do demente senil os que são absolutamente incapazes de imputação. Demais, ahi se fala em enfraquecimento senil e não em demencia senil e se não póde contestar que não é qualquer enfraquecimento senil que possa trazer a incapacidade, mas aquelle que por sua intensidade e extensão possa trazer este resultado.

A expressão — estado de completa privação de sentidos e intelligencia — é uma heresia scientifica, como sobejamente já têm provado advogados e medicos, particularmente nos debates do Jury. Para haver completa privação de sentidos e intelligencia será preciso que, pelo menos, esteja o individuo em estado de coma. Provou-se que a expressão do legislador era perturbação e que privação surgiu como um erro de impressão. O Conselheiro Baptista Pereira, num parecer a respeito do novo projecto de Codigo Penal, declarou, com a responsabilidade de um dos auctores do antigo Codigo, que o que estava escripto, era —

completa perturbação de sentidos — e não — completa privação como sahiu na publicação official. Curioso é que o erro não foi officialmente corrigido e tudo ficou permanentemente a comprovar um absurdo scientifico.

No art. 42 é invocado como circumstancia attenuante o estado de embriaguez incompleta, quando não procurada para facilitar a realisação do crime. Ahi o legislador procurou abranger casos de alcoolismo, em que não houvesse suppressão completa da consciencia, circumstancia em que evidentemente não poderia haver qualquer responsabilidade.

O Codigo Penal manda dar curatela aos alienados e internar quando preciso.

O Codigo Civil fala em loucos de todo genero, que, como já discuti, é uma expressão que deve querer dizer alienados em geral.

Em trabalho muito interessante, de Abril de 1935, o Prof. Fuster de Barcelona, e Rodriguez Cuevillas analysaram muito bem a questão de avaliação do delicto e noção de justiça nos delinquentes alienados.

Dizem que sempre se deve ter como base, ser todo o homem, theoricamente, responsavel de modo incompleto, visto que o *eu consciente* não exerce em todos os seus actos um dominio absoluto. Para o diagnostico, para o castigo e para todas as medidas eventuaes é preciso tomar em consideração a *participação quantitativa* dos moveis conscientes e inconscientes.

Na apreciação dos *actos anti-sociaes* dos *criminosos alienados* é preciso tomar em consideração a personalidade do individuo, os caracteres da doença mental e fazer-se um estudo psycho-analytico.

O delicto, sob o ponto de vista psychologico, deve ser tido como um episodio incidental na vida psychica do individuo.

Na execução de actos anti-sociaes entram os mesmos mechanismos psychologicos que na dos actos legaes.

Em 32 doentes mentaes delinquentes do Manicomio de São Baudilio de Llobregat, fizeram elles o estudo da capacidade de juizo moral e de intelligencia, em relação com o delicto.

Constataram que a affectividade exerce um papel muito mais importante na capacidade de juizo moral, do que a intelligencia.

Das doenças mentaes, predominavam a paraphrenia, a eschizophrenia e a paranoia.

Reacções aggressivas primitivas predominam no feitio do crime praticado.

O Dr. Frederico Bonnet, na Argentina, em 1933, chamou *hemiaphrenia* o conjuncto de estados anormaes originados em individuos constitucionalmente desequilibrados, com perturbações psychicas conscientes. São estados fronteiriços, de semi-alienação. Fala na necessidade de haver nestes casos uma responsabilidade attenuada.

Paul Courbon e Ernest Bauer estudaram com cuidado a questão da lucidez e validez mental. Analysaram a questão dos *intervallos lucidos*.

Intervallo lucido é o nome dado aos periodos de acalmia de uma psychose que evolúe por accessos, bem como ao periodo de cura que uma nova psychose vem interromper. E' como uma fatia de saúde collocada entre duas fatias de doença mental.

Falret dizia ser uma volta temporaria, passageira da razão, sem consideração, nem de epocha, nem de duração.

D'Aguesseau firmou o conceito juridico, dizendo não ser um crepusculo que prende o dia á noite, mas uma luz perfeita, um brilho vivo e continuo, um dia pleno e completo que separa duas noites.

O sabio Prof. Afranio Peixoto contesta a realidade da existencia de intervallos lucidos em doenças mentaes, si se tomar em consideração o rigor do definição.

A *loucura lucida,* termo criado por Trélat, é outra questão interessante.

São individuos alienados que falam como si fossem sãos de mente. São antes loucos pelos seus actos, do que pelas suas palavras.

Littré disse que o louco lucido é aquelle que não póde ser tomado em flagrante de raciocinar erradamente.

Courbon e Bauer admittem *intervallo valido, lucido e crepuscular.*

No valido, ha validez mental e, portanto, capacidade civil e responsabilidade penal. E' a situação de quem foi louco, mas não o é mais.

No lucido, ha raciocinio sensato, mas experiencias concernentes á validez mental abortaram ou não se deram.

No primeiro caso ha ausencia de capacidade civil e responsabilidade penal; no segundo existe ou não. Deve-se neste caso, dizem elles, admittir a capacidade civil para os actos que tragam comsigo a marca do bom senso, e, em materia penal, deve-se negar irresponsabilidade.

No crepuscular, o individuo raciocina melhor do que antes, mas não dá illusão de cura.

O competentissimo Prof. Nerio Rojas, da Argentina, em Julho de 1926, frisa bem que o intervallo lucido deve ser uma volta completa da razão, que dissipe as illusões e os erros, de que estava possuido o doente.

Acredita elle que a lucidez dos alienados póde mostrar-se sob quatro fórmas: póde haver loucura lucida; póde haver uma especie de parada, de tregua na actividade pathologica, cousa fugaz, em que o individuo parece curado durante breves instantes ou algumas horas, como se vê em alguns maniacos, melancolicos e delirios de eclipses de debeis mentaes; póde haver uma remissão, em que o individuo póde voltar a passar alguns dias em casa, com a familia, como succede em alguns eschizophrenicos, delirantes systematisados e paralyticos geraes; póde haver a evolução da psychose para a cura e a lucidez mental ser a expressão da normalidade restabelecida.

Frisa elle que, a rigor, só se póde falar em intervallo lucido quando ha cura, saúde mental, entre dous accessos da psychose periodica.

Assignala ser um termo pessimo que persiste em algumas leis, mas deve ser posto de lado.

Constatado ser alienado um dado individuo, para que bem se apure qual o seu gráo de responsabilidade medico-legal, é preciso essencialmente averiguar qual a fórma de alienação mental, em que se ache elle collocado.

Si se tratar de um caso de *confusão mental* (psychose infecciosa ou psychose auto-toxica), haverá sempre obnubilação intellectual, turvação maior ou menor do raciocinio, não podendo haver responsabilidade em quem faz qualquer cousa, sem que tenha consciencia nitida do seu acto. Póde succeder, porém, que a confusão mental seja muito ligeira.

Então deixa de haver irresponsabilidade, mas ainda occorrerá responsabilidade attenuada.

Não são frequentes os casos de confusão mental, em que o doente tem de lidar com a justiça. Os desatinos que elle pratique, movido pela sua incoordenação de idéas, não vão ao ponto de se tornar aggressivo. Quando tal occorra, dependerá isto de qualquer episodio allucinatorio ou de qualquer movimento brusco, violento e involuntario. Casos têm sido assignalados de tentativa de suicidio.

Individuos retidos muito tempo em prisões mal ventiladas e ahi mal nutridos pódem soffrer um processo de

auto-intoxicação e ter um estado confusional. Vêr-se-ha que não haja simulação, e lembrar-se-ha que veiu elle muito depois do acto delictuoso.

Ha occurrencia de testamentos, praticados por insinuação de terceiros, por individuos dominados por sub-uremia, por exemplo, e confusos. Basta que se haja apurado isto, para que seja nullo o testamento. Demais, é preciso que a confusão mental seja muito ligeira, porque, em caso contrario, não haveria tabellião que o fizesse.

Ha casos de *confusão mental,* em que o individuo, desorientado, lega seus bens a pessoas, pelas quaes nunca se interessára, e que no momento o exploram. Houve um cliente meu que, vivendo em bôa harmonia com parentes seus, legou todos seus haveres a pessoas residentes em Portugal, as quaes nunca se tinham importado com elle.

Toda e qualquer causa que acarrete confusão mental, tirará a capacidade civil.

Os casos de *psychose alcoolica,* muito frequentemente, têm de lidar com a justiça.

Será sempre preciso descriminar aquelles, em que o individuo procure alcoolisar-se a ter coragem de commetter o crime, e aquelles em que a alcoolisação não foi buscada adrede, com este objectivo.

O Codigo Penal dá como circumstancia attenuante a alcoolisação, não procurada como incentivo ao crime, e não habitual. De facto, o art. 42, § X, estabelece como necessario, para attenuante, o não estar o accusado affeito a praticar crimes neste estado. Provado que se não procurou o alcool propositadamente a delinquir e que não houve anteriormente qualquer delinquencia, deve-se documentar o gráo de irresponsabilidade que o alcool possa suscitar.

Uma pessôa que esteja completamente embriagada, não póde ter o mesmo gráo de responsabilidade que uma que, em consequencia de ethylisação, tenha uma certa obnubilação da consciencia pouco accentuada.

No primeiro caso haverá irresponsabilidade e no segundo responsabilidade attenuada.

Póde succeder que um antigo alcoolista não tenha repetido crimes neste estado, mas tenha soffrido uma tal degradação moral que o estado psychico lhe imponha diminuição da responsabilidade. A capacidade inhibitoria torna-se muito menor e fica o alcoolista escravo de seus reflexos despropositados.

Motivos futeis provocam uma reacção violenta. Degradado pelo vicio, vai elle se chafurdando no lodo, sacri-

ficando a honra de seu lar e malbaratando todos os deveres sociaes. Para que possa beber, rouba e mata. Terá o gráo de responsabilidade do degenerado, que na morbidez de seu estado psychico tem o motivo da attenuante.

Os actos praticados em estado de embriaguez têm, em geral, um cunho de grande violencia e correspondem muitas vezes, a causas minimas. São, não raro, imprevistos e precipitados.

Si se assiste ao acto e se busca a prova de alcoolisação, deve-se, segundo Gudden Filho, investigar si ha rigidez pupillar, transitoria, relativa ou absoluta, o que diz elle, ser prova de valor. No entanto, commumente se não poude fazer qualquer exame desta natureza e ha apenas o testemunho dado pelos que estiveram presentes, de que o criminoso estava embriagado, e o flagrante contraste entre o acto praticado e os bons costumes que nelle eram anteriormente foreiros.

Na Russia é a embriaguez circumstancia aggravante e assim deveria ser. De facto, si no alcoolismo perde o individuo o poder phrenador que o inhibia de praticar o crime, muitas vezes procura este estado a ter coragem para delinquir, e por meio delle adquire tal caracter de perversidade que constitue um verdadeiro equivalente de superioridade de armas. Sempre é questão importante a da embriaguez accidental e a provocada.

No primeiro caso ha no nosso Codigo circumstancia attenuante; no segundo, não.

Póde succeder, porém, que o criminoso houvesse pretendido beber um pouco, apenas para ter coragem de praticar o mal, e depois distrahidamente se excedesse na dóse e ficasse verdadeiramente alcoolisado. Caso seria este de attenuante, quando, no entanto, realmente, houvéra premeditação. Tudo isto bem demonstra o quanto se póde tornar complexo o problema. E' facto averiguado o quanto augmentam os crimes nos lugares em que com o alcool o meio social condimenta um excellente caldo de cultura, para que o criminoso se constitúa.

A legislação allemã e a austriaca exigem que seja completa a embriaguez e não tomam em consideração o typo da incompleta.

A nossa cogita desta como attenuante, não falando da outra que, consequentemente, trará irresponsabilidade.

Não raro, uma das questões medico-legaes que tem que vêr com a embriaguez, é da pratica de violencias sexuaes. Perdido o poder phrenador cerebral, excitado tran-

sitoriamente pelo alcool o centro genesico, torna-se o alcoolisado affoito e pratica o acto sexual, deshonrando pessôa que deveria respeitar, brutalisando a sua victima.

Ha casos em que o ethylismo provoca a epilepsia e ha um impulso que mais desta depende que daquelle. Haverá então, logicamente, irresponsabilidade.

Ha pessôas que não carecem de beber muito para que se tornem intoleraveis e aggressivas. São de cabeça fraca, como vulgarmente se diz. Si ha o impulso para beber, a dypsomania, poderá o doente entrar para o ról dos epilepticos e partilhar naturalmente da irresponsabilidade destes.

O alcoolismo chronico estabelece um gráo accentuado de meiopragia nervosa. Ha decadencia do caracter e degradação sensivel da especie. Os actos delictuosos são, então, communs. O conceito do mal baqueia deante da precipitação dos reflexos nocivos. São, então, communs os roubos, os assassinatos, os attentados contra o pudor, etc.

A alcoolisação, que foi invocada para tirar a responsabilidade ou attenual-a, é a mesma que vai provocar a repetição de um acto delictuoso. Seria então, necessario, a evitar um estendal destes, que houvesse asylos-colonias para alcoolistas e que lá, em longo tratamento moral e medicamentoso, se lhes avigorasse a energia para não agir maleficamente.

Daquelle que vive constantemente a se embriagar ou que tem symptomas positivos de alcoolismo chronico, é muito natural que se retire a capacidade civil e se estabeleça a interdicção.

Ha provas modernas, de laboratorio, já descriptas por mim no capitulo adequado, que servem para verificar si o individuo estava, ou não alcoolisado.

No alcoolista se desenvolve, ás vezes, um delirio de ciume, consequente á diminuição da capacidade sexual e á organisação de um syndromo paranoide que o póde levar á pratica de um crime, perfeitamente premeditado. Ainda ahi, quando tudo parecia indicar que delinquiu porque bem o quiz, será allegada a meiopragia psychica, que attenúe a responsabilidade.

Os casos de *morphinomania*, *etheromania* e *cocainomania* vêm modernamente suscitando muitas questões medico-legaes. Não devem ficar em condições de reger pessôa e bens, doentes que os malbaratarão, no afan de obter o toxico querido. A fortuna será delapidada, a honra será conspurcada, sempre a consciencia dominada pela ansia

de angariar o toxico. Recolhido, durante pouco tempo, a uma Casa de Saúde, ficará o doente apparentemente curado. Basta, porém, que volte ao meio social e recursos se angariem, para que promptamente a vontade baqueie.

E' necessario que a reclusão seja longa e se exerça uma therapeutica medicamentosa energica e efficaz.

No desespero para que obtenham o toxico, entregam-se as mulheres que delle são victimas a mil seducções e á prostituição mais desbragada.

Homens têm sido vistos a falsificar documentos. Deante do menor estorvo aos seus designios ha logo violenta aggressão.

A's vezes se segue o homicidio.

Communs são tentativas de suicidio.

No Brasil ha uma Legislação Moderna que estabelece a interdicção precoce de toxicomanos.

O eschizophrenico não póde ser responsabilisado pelo que faz. E' um verdadeiro louco. Ha uma alteração profunda da personalidade. E nelle, bem como no paraphrenico, paranoico e no delirante systematisado allucinatorio chronico se encontram os typos mais aggressivos e perigosos de alienado. São foreiros os impulsos, em que aggridem e matam. Nelles é muito importante o facto de que nada os fazia prevêr. Não houve, por parte da victima, qualquer testemunho anterior de malquerença. Não estava com ella, no momento, altercando. A aggressão é inopinada e requintada de maldade. Póde succeder que a determinante resida em algum conceito delirante que allucinações tenham criado. Presume-se tal muitas vezes. Não ha certeza. Tudo se apresenta com um tom de impreciso e vago. Em muitos casos se vê que o doente ferio com o firme proposito de matar, ou que pareceu premeditar o crime com todos os detalhes.

No entanto, existe a irresponsabilidade, porque a sua personalidade está completamente transformada e o seu raciocinio está dominado por um cipoal de idéas delirantes, absurdas e, muitas vezes, contradictorias.

Na eschizophrenia paranoide ha a idéa de posse physica e do echo do pensamento. Julga-se, commummente, victima de uma dada pessôa ou grupo de individuos. Deriva dahi o crime como um desabafo e vingança.

Como não haja emoção accentuada e sinta o doente odio das pessoas que mais deveria querer, vêr-se-ha a pratica dos crimes mais abominaveis com a maior tranquilidade e sangue frio.

O eschizophrenico realisa actos, muitas vezes, de uma requintada maldade.

Ha nelle uma mentalidade selvagem, inferior, primitiva, sujeita a brutalidades e explosões de furia.

A temibilidade natural deante de certos artigos de lei penal não conseguirá demover o demente precoce que tem um profundo embotamento da vida affectiva. As censuras lhe não causam móssa. O castigo o não quebranta.

Não póde ser concedida capacidade civil a estes doentes que não raciocinam bem, são profundamente anormaes da affectividade e, na expressão de auctores antigos, dementes de seus actos.

Facto muito interessante é o da chamada psychose nupcial, em que a doença, até então latente, explodiu na noite do casamento e impediu que este se consumasse. E' um caso que muito importa para nullidade do casamento.

O doente de *paraphrenia* provoca, muito frequentemente, questões medico-legaes. Dominado por idéas delirantes, entretidas por allucinações e eivadas da puerilidade que o abaixamento do nivel intellectual suscita, pratica actos aggressivos que pódem acarretar a morte de uma pessoa innocente.

O paraphrenico é irresponsavel e incapaz para os actos da vida civil. No entanto, conversa, em muitos casos, com uma apparencia, de perfeita coherencia. Si se perquire o âmago do seu raciocinio, vê-se logo o defeito fundamental do abaixamento do nivel intellectual.

O doente de *delirio systematisado allucinatorio chronico* é o mais perigoso de quantos conheço. Nelle persiste perfeita, e talvez paradoxalmente aguçada, a capacidade intellectual. O raciocinio é muito logico e claro. Apenas a base em que se estriba, é falsa e entretida e provocada por allucinações. Rumina e premedita elle um crime e, todavia, não tem responsabilidade, porque todo o syllogismo que condicionou o seu acto, brotou de um elemento anormal como é a allucinação. Este facto lhe compromette a responsabilidade e lhe arranca a capacidade civil. Si o acto delictuoso tem relação estreita com a idéa delirante, ha completa abolição da responsabilidade bem accentuada. Si com o delirio nada tem que vêr o crime, haverá ainda responsabilidade bem attenuada porque se trata de um cerebro que não é perfeito, e não póde evidentemente ser rigorosamente comparado a um que o seja. E' o feitio do que os auctores antigos chamavam delirio parcial.

O *paranoico* é outro doente que é tambem muito perigoso.

O paranoico figura frequentemente como accusador, exigindo satisfações moraes e materiaes de pessoas, ás quaes attribúe erradamente prejuizos á sua pessôa.

Muitas vezes, no feitio litigante, demandas são mantidas, em que o individuo consome seus haveres e reage violentamente contra juizes que lhe não attendam os desejos.

O paranoico não acata contradicções, não confessa desconhecer problemas juridicos e fica irritadissimo quando se lhe prova não ter razão. Em muitos casos ha o aspecto de uma pessôa sã e póde ser elle punido, embora doente.

Convence-se de que um ente é seu inimigo, aggride-o ou mata, sem que possa bem sopesar o maleficio que está praticando, porque seu raciocinio se apoia em uma base falsa. Esta não é fornecida por allucinações e, sim, por uma idéa erronea, fundamental.

Ainda neste caso haverá completa suppressão da respossibilidade, si o acto derivar directamente do thema delirante, e responsabilidade attenuada, si com elle não tiver que vêr immediatamente.

Em relação á *psychose maniaco-depressiva,* ha a tomar em consideração os dous principaes grupos clinicos: estados maniacos e estados melancolicos. Nos *estados maniacos* póde haver completa suppressão da responsabilidade ou responsabilidade attenuada. Esta se verificará nos simples estados de excitação maniaca, em que o doente não perde a consciencia completa do que esteja a fazer, mas em consequencia da excitabilidade psychica, não consegue remover a precipitação dos seus actos. Ahi, em que, ás vezes, apenas chama a attenção o contraste entre a timidez anterior e o desembaraço actual, entre o anterior silenciar frequente e a logorrhéa no momento, o doente commette frequentemente actos de exhibicionismo, expondo os orgãos sexuaes, attentando contra o pudor, havendo casos em que se vêm attentado contra a honra de donzellas, masturbação em publico, crimes contra a natureza, etc.

O excitado maniaco entrega-se, não raro, ao abuso do alcool, commettendo numerosos desatinos.

Casos ha em que se constata o comprommettimento de haveres de familia, em consequencia de emprezas arrojadas, em que precipitadamente o doente se envolve. Claro está que é preciso que a pericia se occupe destes doentes, para que se annullem os seus actos nocivos aos interesses proprios e de terceiros.

Si ha um verdadeiro estado de mania, ha falta completa de responsabilidade. Si o estado psychico do doente lhe permitte ainda responder a perguntas que se lhe façam, lhe não consente, porém, orientar a sua conducta e deixar de praticar cousas que documentem absoluto desatino.

Ha aggressão a quantos lhe estorvem os designios, ha o desfiar de termos injuriosos, ha a destruição de objectos que delle estejam ao alcance. O Codigo Penal e o Civil têm de vêr com elle, mas se lhe não póde negar falta de responsabilidade.

Ha um typo interessante de estado maniaco, modernamente estudado: é o *vagabundo hypomaniaco.* E' o bohemio, ás vezes de bôa familia, de certa cultura e intelligencia, que não gosta de trabalhar, e vive errante, frequentemente a se embriagar.

Muitas vezes querem fazer discursos, intromettem-se no que lhes não importa, e, a cada passo, têm attritos com as leis, commettendo pequenos delictos ligados ao seu temperamento morbido.

No que concerne aos *estados melancolicos,* ha a tomar em consideração a simples depressão melancolica e a melancolia delirante. No primeiro caso, em que ha responsabilidade attenuada, póde haver o comprommettimento de interesses proprios ou de terceiros, em consequencia de negligencia provocada pelo desanimo e tristeza.

Muito se não tem de haver o Codigo com estes individuos. Quanto ás modalidades de melancolia delirante, interessam muito mais ao perito.

Occorrem, então, muitas vezes, idéas de suicidio. Outras vezes, convicto de que está fazendo um beneficio, o doente mata pessôas que o cercam, e depois se suicida. O estado mental acarreta a falta de responsabilidade destes entes tão perigosos.

Em alguns casos ha o *raptus melancholicus,* impulso em que o alienado investe contra uma dada pessôa e a trucida, tendo depois do crime inconsciencia completa de tudo quanto fez, ou uma noção muito vaga e confusa.

Casos interessantes têm sido assignalados, em que se praticou um crime só com a esperança de escapar á tortura moral, com a condemnação á morte.

Como seja frequentemente auto-accusador, póde succeder que o melancolico se apresente á policia como o auctor de um crime sensacional, de que tenha tido conheci-

mento. Busca com tal objectivo merecer um castigo que lhe tire a vida.

Pódem ser formulados testamentos, em que, com o objectivo de expiar um crime imaginario, faça o doente doação de todos seus haveres a instituições pias, sacrificando seus herdeiros legitimos. Facto positivo é que tal acto será annullavel pela irresponsabilidade.

Não deve conservar a capacidade civil uma pessôa que, na preoccupação de uma miseria imaginaria, prive sua familia da propria comida.

Outro typo morbido é o *pessimista angustioso,* modernamente estudado por Birnbaum. O individuo mostra-se triste, inquieto, começa mil trabalhos, sem que conclúa qualquer um.

Apresenta, por vezes, idéas de suicidio.

Ha idéas delirantes de auto-accusação e o doente se accusa de crimes que não praticou. Por vezes se intercala um episodio maniaco. E' ás vezes, de surprehender a clareza mental, com que descreve os factos que apresenta comprobatorios de que realisou o crime, de que se accusa.

Na *psychose de involução,* em que predomina frequentemente o feitio melancolico, o mesmo succede. A preoccupação de uma ruina que não existe, faz com que o doente prive a si e aos seus de todo conforto.

Succede, ás vezes que se desenvolvam preoccupações de natureza affectiva que nada justifica. E' o caso do presenil que resolve casar-se e dotar uma amante sem valor. E' o que, levado por uma criada, a constitúe sua unica herdeira, sacrificando toda sua familia.

Crises de mau humor fazem com que, sem razão, brutalise toda a familia.

Póde surgir um delirio de ciume, sem a menor justificativa, dada a propria idade do conjuge accusado. Occorrem idéas de que o queiram roubar ou matar, e investe contra um ente que nenhum mal lhe quer.

Póde apparecer na menopausa um certo erotismo e observar-se em mulheres, até então honestas, uma leviandade excessiva.

Effeito de tal é resolver-se uma pre-senil a desposar um rapaz que irá sacrificar os herdeiros della, explorando-lhe a fortuna. Conforme o gráo de psychose de involução, haverá responsabilidade attenuada ou falta de responsabilidade.

Isto, igualmente, succede na *arterio-esclerose cerebral* e na *syphilis cerebral.*

Em ambas, os embaraços que occorrem na perfeita irrigação cerebral pódem ir apenas a ponto de a tornar mais escassa ou pódem acarretar zonas mais ou menos extensas de amollecimento cerebral.

Clara está que um cerebro amollecido tira completamente a responsabilidade a quem o possúe. Os problemas medico-legaes mais importantes que nestes typos morbidos se suscitam, são os que se desenvolvem nos seus primordios. São questões de testamento, cuja validade se busca contestar. São applicações extravagantes dos seus haveres. São idéas melancolicas com tendencias pouco firmes e estaveis para o suicidio. Esclarecido com proficiencia o diagnostico, o perito deve negar capacidade civil e imputabilidade.

Tenho funccionado em pericias muito interessantes em relação a doentes destas entidades clinicas. Uma vez foi um testamento feito por uma pessoa que tivéra um ictus e ficará hemiplegica, e que, no momento, estava raciocinando bem.

Caso curioso é o de aphasia, em que o individuo comprehenda o que se lhe diga, possa mesmo escrever, e, no entanto, um testamento feito pela vontade delle, possa ser impugnado, por isso que, pela doutrina de Pierre Marie, todo o aphasico tem um estado mental diminuido, tem a intelligencia em deficit.

Na syphilis cerebral lesões em fóco podem acarretar diminuição da memoria e compromettimento do raciocinio que invalidem actos praticados. Póde succeder que sejamos chamados a emittir parecer a respeito de testamentos feitos por doentes de arterio-esclerose cerebral ou de syphilis cerebral, já fallecidos, que nunca tenhamos visto. O exame retrospectivo deve soccorrer-se de pequenas filigranas que orientem na interpretação. Sempre cada caso deve ser analysado separadamente, bem esmerilhado em todos seus pormenores.

Si ha *demencia senil,* é positivo que não poderá haver capacidade civil, nem imputabilidade. O perito terá nestes casos de lidar com pessôas que estão dissipando seus haveres, sendo exploradas por terceiros e sacrificando o futuro de seus herdeiros directos. Ha testamentos, então elaborados e evidentemente annullaveis, em que tudo é transmittido a exploradores, criados ou indifferentes.

Bens são alienados sem a menor razão de ser. Compras absurdas são realisadas sem o minimo proveito. Curioso é que, muitas vezes, com apparencia de logica, pro-

testam elles contra o se lhes não permittir gastar a seu gosto aquillo que adquiram pelo seu proprio trabalho continuado e efficaz. Não raro, apresentam uma certa habilidade no expôr os motivos, pelos quaes desherdaram parentes que muito deveriam querer, mas que se lhes affiguram como ingratos ou perversos.

Em alguns casos de demencia senil ha delicto sexuaes e se vê um velho, até então circumspecto e sizudo, a praticar immoralidades com meninas ou a ostentar publicamente a companhia de prostitutas, com que se entregam ás praticas mais depravadas. Com o intuido de se explorar uma grande fortuna, é, ás vezes, accusado um demente senil de haver deflorado uma donzella, com que se exhibia amorosamente em publico, sendo-lhe, porém, positivamente impossivel o acto do defloramento. Executado este por outrem, chega o demente senil a se ufanar de sua auctoria e é preciso que a familia intervenha, a evitar serem sacrificados haveres numa torpe exploração.

Ha casos de ciume senil, em que ha a pratica de crimes terriveis, como o celebre caso do Desembargador Pontes de Visgueiro, no Maranhão, que assassinou a amante, cortou-a em pedaços, collocou num caixão e enterrou na propria casa. Era um crime em absoluto contraste com uma vida anterior honesta e integra.

Outras vezes são velhas dementes que futilmente accusam a terceiros de andarem tentando ter com ellas relações sexuaes. Em alguns casos os factos são descriptos com apparencia de verdade, embora sejam refalsadas mentiras.

Póde succeder que se tenha de fazer uma pericia posthuma, a invalidar, por exemplo, um testamento. Deverá, então, o perito servir-se do testemunho de pessôas que lidaram com o doente, particularmente dos medicos que o trataram.

O notavel Prof. Nerio Rojas, em seu excellente Livro — Psychiatria Forense — de 1932, trata de uma questão muito interessante: a do *estado mixto senil.* E' o caso de quem não tem o estado mental commum aos velhos, nem tão pouco, o dos dementes senis.

E' um ponto de transição. Surgem então falhas na memoria de fixação, limitação das funcções superiores, contradicções affectivas que tornam o individuo facil de se deixar levar e sujeito á pratica de actos condemnaveis. Na França ha a instituição de uma semi-interdicção, com um conselho judiciario, para casos semelhantes.

Provas de demencia senil tiram evidentemente a possibilidade de reger pessoa e bens. No entanto, é claro que nem todo velho é demente senil e ainda, não ha muito tempo, examinei um individuo de 83 annos que queria ficar garantido contra a possibilidade de se lhe impugnar um testamento, no qual não encontrei signal algum de demencia senil.

O *paralytico geral* não tem capacidade civil para gerir pessôa e bens, nem é responsavel pelos seus actos praticados.

Si isto se torna evidente, quando já está bem caracterisada a doença, póde tornar-se bem difficil de ser firmado quando nos primordios do mal. Haverá, então, que tomar conta de um acto publico de immoralidade, praticado por quem, até então, fôra muito sizudo. Dever-se-ha tomar conta de um contracto altamente lesivo. Outras vezes ter-se-ha de tomar em consideração uma prodigalidade absurda, testamento realisado em proveito de extranhos, não raro exploradores. Póde haver motivo para se annullar um casamento.

Póde haver roubos, praticados sem precaução.

Póde haver aggressão a pessôas que contrariem os designios do paralytico geral.

Póde succeder que seja o acto delictuoso o primeiro facto, em flagrante contraste com a vida anterior do individuo, que chame a attenção para a possibilidade de soffrer elle de uma psychose. Hoje ha recursos positivos, particularmente de laboratorio, para que a demencia paralytica seja, desde seus primordios, bem diagnosticada.

Questão interessante é a *situação medico legal dos paralyticos geraes malarisados*. Tenho tido casos que se apresentam clinicamente curados. Raciocinam muito bem.

Estão entregues com a mesma efficiencia a seus trabalhos anteriores.

No entanto muitas vezes as provas de Laboratorio persistem positivas, e, ás vezes, uma ligeira dysarthria ainda lembra a doença. Na França e na Italia ha nestes casos o regimen da interdicção.

O Prof. Nerio Rojas aconselha a permanencia em observação durante um anno, depois de manifestada a cura apparente, embora o paralytico geral fique em liberdade.

Provada a cura completa, claro está que a capacidade civil deve ser restituida.

O *epileptico* não é responsavel pelo que faz durante a crise epileptica, porque perde inteiramente a consciencia.

No entanto, torna-se o problema muito mais complexo, quando bem se não sabe se foi elle realisado durante a crise, ou quando, bem certo de que o não foi, deve ser tomado tambem em consideração o chamado caracter epileptico. Claro está que este feitio individual, adquirido por um processo degenerativo lento e progressivo, provocado pela repetição de crises de epilepsia psychica ou convulsiva, supprime ou reduz consideravelmente a responsabilidade de quem o possúe.

O epileptico mostra-se muitas vezes, mal humorado e irritadiço e basta uma cousa minima para que venha explodir numa colera violenta. Ha, então, actos aggressivos que não consegue sopitar.

Póde succeder que, num impulso epileptico, venha a ser assassinado um individuo, contra o qual já havia blaterado em publico o criminoso. Esta coincidencia no acto de um epileptico póde tornar bem difficil a sua interpretação, mas sempre para a certeza desta concorrerá o conhecimento de crises anteriores ou de um caracter epileptico bem comprovado.

A irritabilidade e a colera predominam no caracter destes doentes, dizia Morel.

Como haja, muitas vezes, perversões do caracter e os disturbios do psychismo póssam acarretar alterações da memoria e da vontade, segue-se que póde ser suscitada a questão de ser annullado o testamento de um epileptico. E' uma pessôa que frequentemente não póde dispor de capacidade civil, si as crises, particularmente psychicas, forem muito frequentes. Neste caso tambem póde ser negado o valor do testamento dado por ella. Muito se tem discutido a respeito da capacidade intellectual de epilepticos. Antolhar-se-hia logico acreditar que, sempre que houvesse epilepsia, devesse haver abaixamento do nivel intellectual.

No entanto, ha casos bem comprovados do contrario. Si houver intelligencia normal, ainda assim poderá haver motivos para se attenuar a pena, em consequencia das anomalias da vida sensorial, da frequencia dos reflexos exaggerados e do desequilibrio mental que se note.

No commum, a meiopragia psychica vai ser aggravada com a diminuição da memoria e da intelligencia.

Póde succeder que, como acto epileptico, se note apenas a exhibição, sob a fórma de impulso, das partes genitaes e o ultraje ao pudor. Ponto muito importante para o predicado comicial é o olvido, pouco depois, do que houve. Impulsos ao incendio têm sido constatados.

Legrand du Saulle dá como provas de que um crime foi praticado por um epileptico os seguintes elementos: ausencia de motivo; falta de premeditação; ser o acto subito e energico; haver ferocidade na sua execução; desenvolvimento de uma violencia desnecessaria e repetição inutil dos golpes; não haver dissimulação do acto delictuoso, nem desejo de o esconder; não haver pena ou remorso de o haver feito; esquecimento total ou lembrança confusa de quanto occorreu. Nem sempre estão todos estes predicados presentes, sendo que particularmente o ultimo é delles o mais importante.

Terá, porém, grande significação a associação de dous ou tres dentre elles.

Na Psychiatria Medico-Legal do eminente Prof. Henri Claude, aborda-se o problema muito interessante do individuo epileptico que ha muitos annos não tem crises comiciaes e invoca o seu passado como dirimente de responsabilidade. Muito importa no caso a amnésia, além da suppressão da consiencia.

O temperamento glischroide é importante.

E' caracteristica no epileptico a reacção *explosiva*, em que se commettem as maiores atrocidades, sem que o individuo se lembre de as ter feito. A fórma de reacção emotiva, mais commum no caso, é a colerica.

Ha paixões amorosas, mais ou menos absurdas, em que se vê a coexistencia de brutalidade e agrado.

Crimes sanguinarios immotivados são encontradiços em epilepticos.

Quando não houve ataques epilepticos e sim o acto aggressivo com o feitio comicial, ponto importante para a caracterisação é, segundo o Prof. Mira, não a suppressão complta da consciencia e sim, a incapacidade dos mechanismos inhibitorios da vontade para se oppôr á reacção aggressiva que se desencadêa com toda a intensidade de sua energia atavica e não dá tempo para que elles se manifestem.

Quando o acto se realisar fóra do periodo de crises, mesmo assim, sob o ponto de vista penal, deve a constituição mental morbida lhe conferir uma situação igual á de um menor.

Mesmo collocando a *hysteria* nos moldes circumscriptos e precisos que a sciencia hodierna lhe dá, ainda assim nella deve ser a responsabilidade attenuada. Muito do mal que faz, não pratica porque queira e, sim, porque o estado degenerativo lhe impõe. Della são actos as calumnias, os

falsos testemunhos, as exhibições de vaidade morbida, etc. em que ha uma responsabilidade attenuada pela meiopragia psychica. O crime da hysterica póde ser urdido com toda premeditação e póde ser delle movel um ciume pueril.

Acreditou-se que, hypnotisado ou simplesmente suggestionado, pudesse o hysterico ser induzido ao crime. O hypnotismo nunca conseguirá que se faça aquillo que se entendia como um crime. A suggestão só actuará quando agir sobre uma pessoa que esteja apta a recebel-a, e entenda como logico e razoavel o que se lhe incute.

Póde-se dizer que assassine. A hysterica só o fará si no seu fôro intimo o entender justo. Poderá succeder que, á força de se repetir a suggestão, possa vir ella a actuar fortemente.

Ainda ahi será preciso que o hysterico ache justo aquillo a que foi induzido e que o seu senso moral com tudo se conforme. Sempre ha, porém diminuição da resistencia á força suggestiva, effeito da debilidade nervosa.

O muito competente Prof. Tanner de Abreu, em trabalho de Abril de 1928 analysou o problema medico-legal da *hysteria*.

Assignalou elle que ha, pelo menos, diminuição da consciencia perfeita da personalidade e da synthese psychica, e que as caracteristicas do estado psychico na hysteria permittem approximal-o de um como que infantilismo mental que bem se assignala pela falta de ponderação mental. De accordo com os ensinamentos de Babinski, ao hysterico se não poderia attribuir incapacidade, nem mesmo reducção da capacidade civil. No entanto, cada caso individual deve ser analysado de per si e póde ser tão intensa a tendencia á suggestibilidade que haja a necessidade de fiscalisação e interferencia.

Na sua optima Psychologia Juridica, o notavel Prof. Emilio Mira diz que na hysteria predominam os factores affectivos sobre os demais da vida psychica e na conducta predominam as reacções instinctivas, emocionaes, automaticas, imaginativas e inconscientes.

Birnbaum diz que aos hystericos se deve attribuir uma responsabilidade attenuada.

Krafft-Ebing dizia que as hystericas, durante as regras, na psychose de menstruação, deviam ser tidas como irresponsaveis.

Moracha considera-as sempre irresponsaveis. Bleuler diz que fóra das crises devem ser tidas como responsaveis.

Mira diz que muitas vezes depois de conflictos com as leis, ha crises hystericas, mesmo em pessoas que nunca as haviam tido.

A *psychasthenia* suscita questões medico-legaes, particularmente a proposito da toxicomania, que é o impulso a fazer uso constante e exaggerado de um dado toxico.

Quando o doente já faz uso delle em larga escala, haverá a addição, ao impulso, dos symptomas de uma psychose hetero-toxica. Frequentemente haverá necessidade de se firmar a interdicção do psychasthenico toxicomano, para que não continúe a prodigalisar o seu dinheiro a quem lhe possa propinar o toxico, nem tão pouco degrade a sua moral e costumes, no afan de o obter.

Outro psychasthenico que preoccupa a justiça, é o kleptomano. Vive a praticar pequenos furtos, figurando como deshonesto, quando é apenas um doente.

As idéas obsessivas que acarretam ansiedade, em que se somme á psychasthenia o *nervosismo,* pódem suscitar um tal desespero que acarrete o suicidio. Póde succeder, porém que o individuo não sacrifique a si mesmo, e que haja uma obsessão, acompanhada de impulso e ansiedade, em que possa vir a aggredir ou sacrificar outra pessôa.

Bem excluida a hypothese de epilepsia, ainda assim a interdicção deverá ser decretada. São essencialmente doentes da vontade e, conseguintemente, merecedores de que se lhes reduza a responsabilidade.

Benedickt assignala ainda a possibilidade de ser a vagabundagem effeito da psychasthenia. Sel-o-hia antes do nervosismo, que, levando o individuo a viver numa ansiedade constante, o induzisse a mudar de cidade, a buscar um conforto que lhe não vem.

Na *choréa* deve tambem ser attenuada a responsabilidade. O estado psychico, em que predomina a instabilidade, o determina.

Nos *estados atypicos* de degeneração deve ser diminuida a responsabilidade.

O problema póde tornar-se de difficil solução, quando se tratar de um desses desequilibrados, em que o raciocinio se faz perfeitamente bem e tudo parece indicar que só faz o que bem quer. No entanto, para bem se aquilatar a integridade mental de um individuo, é preciso detalhar cada um dos tres elementos: sentir, pensar e querer.

Si ha um vicio na sensação ou na volição, e o raciocinio, á primeira vista perfeitamente logico, é mal baseado

na vida affectiva ou influe viciosamente no acto resultante, não poderá ter o individuo o mesmo gráo de responsabilidade.

Póde uma personalidade psychopathica apresentar-se com a *constituição emotiva* de Dupré. Esta tem como caracteres: exaggero dos reflexos tendinosos, cutaneos e pupillares, hyperesthesia sensitiva e sensorial, desequilibrio das reacções vaso-motoras e secretoras, com mudanças bruscas de dilatação e constricção dos capillares, dermographismo, enrubecimento facil, alternativas de siallorrhéa e sudação, variações bruscas na secreção urinaria, nas secreções gastro-intestinaes, tendencia ao espasmo dos musculos lisos, tremor dos dedos e das palpebras, sensação de angustia, oppressão precordial, disturbios no rythmo cardiaco, disturbios na reflectividade intervisceral, timidez, escrupulo exaggerado, tendencia á ansiedade e á duvida. Modernamente se tem verificado que ha sempre desequilibrio nervoso vegetativo e dysthyreoidismo ou hyperthyreoidismo.

Estudando os factores endogenos da criminalidade, em Dezembro de 1936, o Prof. Buscaino descreve os *delinquentes por tendencia,* do moderno Codigo Penal italiano. Correspondem estes aos *delinquentes natos* de Lombroso, aos *immoraes constitucionaes* de Tanzi. Lombroso partira da verificação entre os criminosos de estygmas degenerativos, entre os quaes salientava a fonte baixa, a saliencia dos zygomaticos, a mandibula pronunciada, as orelhas em alça, etc., e anomalias de origem neurologica ou psychiatrica, como o sinistrismo, a sensibilidade escassa ou a insensibilidade emotiva, a escassez do senso moral, etc.

Assignalára tambem o delinquente nato pela reversão atavica, em que vinha influir a constituição somatica, e psychica dos primeiros antepassados.

Lombroso approximára mais tarde o delinquente nato do epileptico e do louco moral.

Em 1895, dizia elle na 5.ª edição italiana do "L'uomo delinquente" que o *delicto* era um producto de tres factores: *atavismo, loucura moral e epilepsia.*

No seu optimo livro sobre Criminologia, de que em 1936, já havia uma 3.ª edição, o talentoso Prof. Afranio Peixoto estudou muito bem o problema do crime e do acto criminoso. Estudou as quatro escolas do Direito Penal: a classica, a positiva, a néo-classica e a néo-positiva.

Para a escola classica, de Carrara, o crime é uma infracção e a pena seria a vingança da sociedade e o meio de reprimir a maldade do criminoso.

O livre arbitrio seria o fundamento moral da responsabilidade.

Para a escola positiva, de Lombroso, o crime seria a determinação de condições intrinsecas ou internas do criminoso, doente e fadado a delinquir.

Na escola Néo-Classica, tambem chamada technico-juridica, de Rocco, Manzini e Massari, o direito penal tutela bens e interesses e o crime seria uma acção penalmente illicita, por violar preceitos do direito penal.

Dá grande importancia aos factores sociaes.

A pena não age unicamente sobre o individuo e sim sobre a sociedade que busca intimidar. Stoos disse que ella se torna efficaz, menos pela severidade do castigo do que pela certeza que tem a sociedade, de que conhecido o crime, será elle punido.

Na Escola Néo-Positiva, de Jimenez de Asúa, de Puglia, de Florian, etc., o crime seria uma acção bio-social que revela o criminoso, perigoso, a qual seria evitada por medidas de segurança social. Tomam-se em consideração os disturbios de secreção interna, a constituição e o caracter do delinquente.

Esta é a escola dominante e que toma bem em consideração a psychismo do delinquente. Não se deve hodiernamente mandar a jury um individuo que não tenha sido primeiramente examinado por um perito psychiatra. Este poderá apreciar a situação mental e d'ahi a responsabilidade medico-legal. Verificado ser uma pessoa alienada, claro está que ella não poderá ser punida do mesmo modo que um individuo são.

Nunca se deve tomar em consideração apenas o facto abstracto do crime e sim a pessôa do criminoso. Qualquer pessôa póde tornar-se criminosa, si o meio actuar sobre ella neste sentido. Uma pessôa de costumes muito puros, collocada demoradamente no meio de ladrões e assassinos, reluta um certo tempo e depois vem a se conformar e a admittir a possibilidade e naturalidade destes actos.

Por outro lado, nos Reformatorios modernos o criminoso transforma-se e se regenera.

O medico moderno apura a constituição do criminoso e busca collocal-o em condições de não querer reincidir no crime. A Hygiene Mental previne as doenças mentaes e faz a prophylaxia do individuo criminoso.

As idéas lombrosianas não têm razão de ser. Os estygmas degenerativos, isoladamente, nada significam. Não ha razão em approximar o delinquente nato do epileptico. Este póde soffrer as consequencias de um disturbio no metabolismo d'agua, dos saes e dos lipidios, de processos toxi-infecciosos, da syphilis, etc. E' por conseguinte, muitas vezes uma doença adquirida.

Pende attribúe ao hyperthyreoidismo a genesis da sympathicotonia que se encontra em cenestopathas constitucionaes.

Isto colloca um individuo em estado de excitação e irritabilidade que predispõem ao crime. Muito numerosas têm sido as pesquizas modernas do typo endocrinico sobre os criminosos.

O Prof. Buscaino diz que, estudando-se a relação entre criminalidade e doenças mentaes, vê-se que no grupo de criminosos graves são muito escassos os epilepticos (o que vem provar a falta de relação entre epilepsia e criminalidade); pelo contrario, são relativamente frequentes os *phrenasthenicos* (23 %). 10 % de criminosos graves têm *psychose de detenção.*

40 % dos pais dos que reincidem no crime, são personalidades psychicas anormaes.

Os criminosos são anormaes psychicos em 74, 6 % dos casos e alcoolistas em 44 %.

Ha, portanto, por uma situação doentia da personalidade do criminoso, uma tendencia a delinquir. Não o faz, porém, unicamente o que a possúe.

Uma pessôa inteiramente sã sob o ponto de vista mental póde ter uma discussão na rua com um individuo que lhe dê uma bofetada. Isto é considerado a offensa mais aviltante que ha, e si o aggredido estiver armado com um bom rewolver, póde matar, por um impulso de momento, o aggressor, contra o qual nada houvera anteriormento.

Assim, em condições equivalentes, qualquer de nós, de costumes mais puros, não póde affirmar de manhã que, á noite, se não haja tornado um criminoso.

Ceillier, em 1932, estudando a acção dos medicos especialistas nas prisões, diz que na Belgica se estuda o criminoso sob o ponto de vista anthropologico, medico e psychico, de modo completo. O debil mental é recolhido a uma prisão-manicomio, o normal corrigivel á prisão officina, o joven delinquente á prisão escola, o tuberculoso á prisão sanatorio e o epileptico a asylo proprio.

Si fôr effeito do estado degenerativo, a pratica de actos delictuosos não deverá corresponder á declaração de responsabilidade attenuada, á plena liberdade, para que reincida no delicto. Deverá ser sequestrado num asylo, para que se busque corrigir o vicio no equilibrio psychico e se garanta a sociedade contra os seus destempêros.

As perversões sexuaes pódem, muitas vezes, acarretar delictos e, como estado atypico de degeneração, a responsabilidade será mitigada.

A *imbecilidade* e a *idiotia* chegam a merecer a attenção de um dos artigos do Codigo Penal, o art. 27, § 3.°.

Conforme o gráo de deficiencia mental, haverá diminuição consideravel de responsabilidade ou suppressão completa desta.

Casos ha assignalados de defloramento em troca de algumas moedas de nickel, despreoccupada a doente de sua situação moral. Ha a prostituição, a vagabundagem, como actos, sem responsabilidade perfeita, de imbecis e debeis mentaes.

Os imbecis são facilmente suggestionaveis e se deixam levar a praticar cousas irregulares. A pericia muito se tem de haver com casamentos de imbecis, adrede preparados, ou testamentos geitosamente arrancados. Com a idiotia menos se preoccupa ella. A inopia intellectual é tão clara e accentuada que a irresponsabilidade logo se impõe. Aliás, poucos actos nocivos poderão ser praticados.

Nas *psychoses thyreogenas* a responsabilidade deve tambem ser attenuada.

Em relação ao *Codigo Penal* ha nelle o art. 7.° que diz ser o *crime* a violação imputavel e culposa da Lei Penal.

O art. 27, paragrapho 3.°, diz que não são criminosos os que, por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação e, no paragrapho 4.°, os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e intelligencia no acto de praticar o crime.

No art. 29 diz o Codigo Penal: os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental, serão entregues a suas familias ou recolhidos a hospitaes de alienados, si o seu estado assim exigir para segurança do publico.

No art. 38, paragrapho 2.°, diz-se: prevalecerão as attenuantes quando o criminoso não estiver em condições de comprehender toda a gravidade e perigo da situação, a que se expõe, nem a extensão e consequencia de sua responsabilidade.

No art. 42, paragrapho 10, ha como circumstancia attenuante "ter o delinquente commettido o crime em estado de embriaguez incompleta e não procurada, como meio de o animar á perpretação do crime, não sendo acostumado a commetter crimes neste estado".

No art. 68 se estabelece que: "o condemnado que se achar em estado de loucura, só entrará em cumprimento de pena quando recuperar as suas faculdades intellectuaes.

Paragrapho unico: si a enfermidade se manifestar depois que o condemnado estiver cumprindo a pena, ficará suspensa a execução, não se computando o tempo da suspensão no da condemnação".

No art. 378 prohibe-se "deixar vagar loucos, confiados á sua guarda ou quando evadidos de seu poder, não avisar a autoridade competente para os fazer recolher"; "receber em casa particular, sem aviso previo á autoridade, ou sem autorisação legal, pessoas affectadas de alienação mental".

No art. 202 se estabelece que os peritos podem pedir á autoridade competente que seja internado em edificio apropriado o individuo em observação.

No art. 348 diz-se que nenhum quesito sobre doença mental do accusado póde ser proposto, sem que se faça pericia previa.

Ha muita questão moderna, interessante em relação a alienado que tenha commettido um crime.

Desde logo se deve ter confirmado que se tenha prova de que o individuo é alienado. Uma pericia mais ou menos demorada, sempre meticulosa, permittirá afastar as hypotheses de simulação e dissimulação de loucura.

Synthetisando, vê-se que a irresponsabilidade não é absoluta e completa em todo e qualquer alienado. Muitos casos ha, em que se deve apenas cogitar de uma responsabilidade attenuada.

Sempre o perito deve collocar-se em situação de poder garantir-se com a sua sciencia contra a possibilidade da simulação e, verificada a não existencia desta, poder enquadrar com todo criterio nos móldes precisos dos typos psychiatricos, a entidade clinica que se lhe apresenta.

THERAPEUTICA MODERNA EM DOENÇAS MENTAES

Therapeutica moderna em Doenças Mentaes, é assumpto que deve surprehender aquelles medicos não especialistas que acreditavam que ellas não podessem ser curadas e que aos loucos não restassem outros recursos sinão os hospitaes de alienados, em que consumissem os ultimos dias de vida entre grades de ferro. Poderia, portanto, parecer uma extravagancia falar em therapeutica moderna para aquillo que não tivesse cura. Erram grandemente aquelles que imaginam que as doenças mentaes não possam ser sanadas. Ellas são tão curaveis como as das outras especialidades. Si para certos males como o cancer, a lepra, a cachexia tuberculosa, etc., ainda não ha remedios que curem, tambem em relação a certas doenças do entendimento ainda se não descobriu um recurso curativo. Mas a percentagem destas é bem reduzida.

Lendo com cuidado os livros de Psychiatria, vê-se que em raros a parte de tratamento é bem explanada.

Em trabalho que publiquei no Encéphale de Abril de 1932, a respeito do tratamento dos estados maniacos, citei a phrase de Spielmeyer que disse que os livros de ensino de psychiatria clinica punham um ponto final em todo seu saber quando passavam ao tratamento.

Sou um enthusiasta, um confiante na theraupetica e neste livro e em trabalhos avulsos busco sempre cuidar desenvolvidamente a cura dos alienados.

Para assignalar os recursos modernos desta, pareceu-me mais didactico ir referindo pormenorisadamente as doenças que compõem a Classificação da Sociedade de Psychiatria, e mostrando o que se tem conseguido de melhor e mais moderno para o tratamento de cada qual.

CONFUSÃO MENTAL

A confusão mental que abrange as psychoses infecciosas e as psychoses auto-toxicas, tem a sua therapeutica

dependente do conhecimento do elemento productor do mal. Uma *infecção focal* póde provocar um estado confusional. Radiographias dos dentes podem descobril-a muito cedo e a remoção dos fócos de pús póde curar o mal. Injecções de *Omnadin* que é uma excellente vaccina não especifica, podem ser muito uteis quando o fóco não puder ser cirurgicamente removido.

Muitas vezes a *uremia* é causa da Confusão Mental. Nada então se torna mais proveitoso do que a classica sangria, seguida de injecções de sôro *renal caprino* ou de *cylotropina,* além do sôro glycosado na mesma dose da sangria.

A *insufficiencia hepatica* é muitas vezes o elemento productor do mal. As injecções de *extracto de figado,* os preparados como *figadex, anemotrat, concentrat,* etc., o extracto fluido de *cainca* na dóse de 1 gramma diaria, o de *Combretum raimbaultii* na de 4 grammas diarias, o de *boldo* na de 4 grammas diarias, o de *castanha mineira* na de 2 grammas diarias, o de *herva tostão* na de 10 grammas diarias, o de *jurubeba* na de 1 gramma diaria, o de *pariparóba* na de 6 grammas diarias, o *sulfato de sodio* e o *sulfato de magnesia* em pequenas dóses — são prescriptos por mim com muita frequencia e bastante proveito.

A *acidóse* é outra causa de estados confusionaes. Muitas vezes vem ella por uma intensa desnutrição, havendo o que se chama a acidóse da fome. Nada melhor ha então do que a hypernutrição e injecções de *insulina.*

Esta na dóse de 10 unidades duas vezes cada dia, determina verdadeiras resurreições. Interessante é que muitas vezes o doente, muito emmagrecido e confuso, se mostra bem agitado e não aproveita com calmante algum, só ficando bom quando se lhe dá a *insulina* ou o *bi-carbonato de sodio* em dóse forte.

Injecções de *vitamina* ou de *calcium* pódem ser muito proveitosas a doentes confusos e desnutridos.

A *auto-hemotherapia* que consiste em tirar sangue do doente e injectar pouco depois nelle proprio, póde ser muito util.

Colucci, em trabalho de 5 de Julho de 1931 do Morgagni, cita que em 39 casos de confusão mental conseguiu mandar para casa 31, curados.

Empregava vinte injecções, em dóses de 10 a 20 cc^3, duas vezes por semana.

Tomando em consideração a importancia do *coli-bacillo* como elemento productor de estados confusionaes,

muito se vem empregando, quer por via buccal, quer por meio de injecções, a *coli-vaccina.* Tambem são muito proveitosas em certos casos as *vaccinas anti-estaphylococcicas* e *anti-estreptococcicas.*

O *tratamento pelos choques* é de indicação moderna e proveitosa. Tenho utilisado com proveito o *protinjectol,* o *novoprotin.*

Na therapeutica pelos choques cheguei a colher resultados em alguns casos, em que o estado confusional se chronificava. E' um tratamento moderno e efficaz.

Dependente da introducção de materias proteicas num organismo, em que ellas provocam reacções particulares, comportando signaes clinicos e signaes humoraes (hemoclasia), póde ser o choque obtido por meio de *proteinas extranhas,* de *serums, de vaccinas* ou de *metaes colloidaes.* O primeiro methodo de peptonotherapia consiste no emprego da peptona, aconselhada por Nolf, utilisando injecções intravenosas de 5 cc^3 de solução de peptona a 10 %.

Mais tarde foi substituida a injecção de peptona pela de *caseina* e pela de *leite.* A *galactotherapia* se realisa por meio de injecções intra-musculares de 5 cc^3 de leite fervido, renovadas de tres em tres dias.

Não tenho colhido com estes processos resultados tão vantajosos como com o protinjectol e novoprotin, embora seja sempre muito desagradavel o choque violento que qualquer dos dous póde provocar, dando febre alta, calafrios, suóres, ansiedade, etc.

A *auto-sôrotherapia* é outro processo de choque, em que o serum de um doente, obtido pela coagulação do proprio sangue, é reinjectado na veia.

A voccinotherapia, utilisando injecções intravenosas de vaccinas diversas, foi aproveitada como therapeutica de choque na confusão mental.

O Dr. Lourival de Queiroz que foi excellente Interno da Clinica Psychiatrica, escreveu uma bem elaborada these, em que apresentou uma série de casos, em que injectou intravenosamente vaccina curativa anti-typhica, obtendo resultados relativamente vantajosos em alguns casos.

A *colloidotherapia,* particularmente utilisando intravenosamente o *electrargol* (10 cc^3) ou o ouro-colloidal (1 cc^3) é aproveitavel na confusão mental.

Outro methodo utilisado para obter um choque colloidoclassico consiste em fazer injecções hypodermicas de

nucleinato de sodio em solução a 1 % em sôro physiologico. Começando por uma dóse de 10 cc³ que se irá augmentando de cada vez, provoca-se uma reacção muito violenta que tem a meu ver o grande defeito de determinar muita dôr.

TOXICOMANIAS

20 cc.³ de solução de glycose a 50 % melhoram muito as dôres nas pernas, a diarrhéa, a insomnia e a intranquillidade motora dos *opiomaniacos* em estado de falta.

Sakel verificou resultados surprehendentes em 15 casos, com a privação repentina do alcaloide e administração de 80 unidades de insulina Léo nas 24 horas.

Anton e Jacobi obtiveram optimos resultados, dando tres vezes por dia 10 unidades de insulina e mais 50 grammas diarias de glycose por via gastrica.

O Dr. F. Mira, em trabalho de 1927, aconselha o uso de 15 grammas de *bicarbonato de sodio* diarias, além do *achanol* que é um composto de *berberina* e *helenina* que são antidotos dos effeitos toxicos da *morphina.*

Klee e Grossmann obtiveram resultados vantajosos com injecções de cholina.

H. Ripke, em trabalho publicado no nº 50 do Deutsche medizinische Wochenschrift de 1927, aconselha collocar o individuo em *somno profundo* de 120 horas (exigindo a eliminação dos opiaceos cerca de 110 horas), tendo verificado que quando o somno cessava, a toxicomania tinha passado.

Em notavel trabalho apresentado ao 3.º Congresso Nacional de Medicina de Buenos Ayres, em Julho de 1926, os Professores Rojas e Belbey mostraram os resultados vantajosos na *morphinomania* e *eucodalomania* tratado pela *adrenalina,* empregando dóses destas de meio milligramma uma ou varias vezes por dia.

Os Profs. Adauto Botelho e Pernambuco Filho que escreveram um excellente trabalho a respeito de vicios sociaes elegantes, são partidarios do methodo do tratamento dito de Erlenmeyer que reduz desde o inicio do tratamento a dóse á metade da habitual, dão um purgativo de sulfato de sodio no dia em que se inicia a cura e nos dias seguintes, magnesia fluida com benzoato de sodio, urotropina, meimendro, dieta lactea, injecções de esparteina, de valerianato de atropina em alguns casos, de luminal sodico nas grandes afflicções.

Nos casos de *cocainomania. Pavone Junior* aconselha modernamente injecções intra-venosas de 20 cc.³ de *solução* a 20% de *chloreto de calcio e injecções de cafeina.*

Leshure, em 1927, declarava ter obtido bons resultados com o *barbital sodico* associado ao *paraldehydo.*

ESCHIZOPHRENIA (*demencia precoce*)

A eschizophrenia que outr'ora se chamava demencia precoce, representava um ponto negro na psychiatria.

Os estudos mais cuidadosos ainda não haviam conseguido grande cousa no tratamento della. No entanto, nos ultimos tempos a insulino-therapia tem sido empregada com optimos resultados. Antes della usava eu um tratamento que idealisei e que consiste na associação de *iodeto de calcio* com extracto fluido de *lupulo,* de *alface* e de *mulungú.* Continúa elle na minha clinica a se mostrar muito proveitoso. Os saes de *calcio* dão sempre muito bom resultado.

Outro tratamento da demencia precoce que é muito proveitoso, é a *labortherapia.* Utiliso-o nos meus doentes, sempre que é possivel. Dá-se ao schizophrenico um trabalho consentaneo com as suas capacidades. Uns ficam trabalhando em jardinagem, outros em costura e bordados, outros em desenho, etc. Em artigo muito interessante publicado nos Annales Médico Psychologiques de Março de 1929 ha uma synthese muito bem feita do methodo ergotherapeutico e dos resultados que Paulo Courbon verificou no asylo de Santpoort, dirigido por Van der Scheer. O iniciador do methodo foi Simon, de Gutersloh, na Allemanha. Frisava elle que a inactividade era o começo da demencia.

Colin, no asylo de Villejuif, conseguio dominar alienados difficeis pelo trabalho.

No nosso Hospital de Alienados a Labortherapia foi introduzida pelo notavel e pranteado Professor Marcio Nery, sempre a par das idéas modernas, em cuja administração todas as officinas funccionaram e bellos jardins occupavam a attenção dos doentes.

Rodiet, medico do asylo de Ville-Evrard, publicou um optimo trabalho. Aconselha este tratamento na demencia precoce, frisando que é preciso aproveitar os periodos de docilidade relativa dos doentes e lhes dar trabalho que lhes não desagrade.

A *malariotherapia* tem sido moderna e repetidamente empregada na eschizophrenia, sem que se tenha obtido, a meu vêr, grande resultado.

Em trabalho de Wizel e Markuszewicz, de Novembro de 1927, no Encéphale, contam que em 19 casos de eschizophrenia este tratamento nada deu ou pouco conseguiu.

Vallejo Nagera e Alvarez Nouvillas, em trabalho de 10 de Dezembro de 1927, não só se mostram scepticos em relação ás vantagens, como tambem mostram receios de despertar uma tuberculose, nelles latente.

José Cebrian publicou um artigo nos Archivos de Medicina, Cirurgia y especialidades, de Hespanha, de 12 de Fevereiro de 1927, em que mostra que, sob as vistas do notavel Professor Lafora, inoculou cinco dementes precoces, obtendo resultados pouco accentuados, particularmente nas fórmas catatonica e paranoide.

Mario Fiamberti apresentou tambem casos, em que a inefficacia foi patente.

Vallejo Nagera e Alvarez Nouvillas, nos Archivos Hespanhoes de Medicina e Cirurgia de 10 de Dezembro de 1927, mostram que empregaram injecções *intra-venosas de vaccina antityphica curativa,* em 16 eschizophrenicos, tendo obtido tres casos de exito positivo e dous de exito duvidoso.

O Dr. Lourival de Queiroz, em sua excellente these, mostra que não obteve resultados melhores em casos identicos.

Menninger Lerchenthal, no Munchener medizinische Wochenochrift, de 28 de Julho de 1929, preconisa o tratamento pelas injecções de vaccina anti-typhica, tendo conseguido em 68 casos, 21 remissões duradouras.

Reiter, de Copenhague, empregou em 1927 o tratamento pelos saes metallicos, essencialmente tendo como base o *chlorureto de manganez* (*metallosal — mangan Léo*), tendo obtido uma proporção de 26 % de remissões completas e 22 % de acceitaveis.

Rodriguez — Arias e Artigues — Sirvent de Barcellona, conseguiram em 12 casos tres remissões completas e duas acceitaveis.

Mira, em 1928, mostrou que tratára oito dementes precoces com *injecções intra-venosas de uma solução hypertonica,* tendo obtido uma cura e quatro melhorias.

Lelio Crimaldi, no "Manicomio" de Maio de 1929, preconisa a *auto-hemotherapia,* com que obtivéra doze casos de cura completa.

Hokins e Sleeper aconselham a *opotherapia,* a que submetteram oitenta dementes precoces. Houve melhoria em metade dos eschizophrenicos endocrinopathicos. O re-

sultado melhor foi obtido com a *thyreoide,* sendo interessante consignar que os preparados *hypophysarios* se mostraram pouco activos e os *testiculares* de todo inactivos.

William Miller, nos Estados-Unidos, baseando-se nos estudos de Ishida, empregou injecções intra-venosas de uma *solução de chlorureto de sodio* a 90 centigrammas por cento. Cita, em 10 casos, melhoria de cinco.

PSYCHOSES THYREOIDÉAS

Leper, Soulier e Bioy aconselham na Presse Medicale de 29 de Junho de 1932, o *Borato de sodio* associado ao citrato de sodio, em solução de 5 % de cada qual, tomando-se duas colheres de sopa em cada dia, nos casos de syndrome de Basedow.

Mario Schteingart, da Argentina, publicou em Novembro de 1931, na Revue Sud-Americane um trabalho, aconselhando o *lugol, solução iodada,* trinta gotas diarias.

Bram, em Julho de 1931, preconisa o *salicylato de eserina* nos casos de Basedow. Goldenberg preconisa nos mesmos casos o *fluorureto de sodio,* em solução aquosa a 2%, por via gastrica, ou de preferencia, o *fluorureto de ammoneo,* dez gottas até vinte e cinco gottas, quatro vezes por dia, em solução a 2 %.

DELIRIO SYSTEMATISADO ALLUCINATORIO

No Encéphale de Março de 1931 veio publicado um trabalho meu, a respeito do tratamento dos delirios systematisados allucinatorios, em que preconiso o *valerianato de atropina,* em injecções de um quarto de milligramma por cc^3.

Em relação ás *paraphrenias e á paranoia* continúa a não haver remedio verdadeiramente efficaz

PSYCHOSE MANIACO DEPRESSIVA

Em trabalho que publiquei no Encéphale de Abril de 1932, a respeito do tratamento dos *estados maniacos,* expuz o que sei de moderno a respeito.

As melhores injecções calmantes são as de *luminal, somnifenio e dial.*

Mostrei as vantagens de *pilulas de luminal, meimendro, Veratrum viride e belladona.*

Elogiei o emprego do *gynergeno,* do *extracto fluido de Casemiroa edulis, da genoscopolamina, da solanina.*

Wuth de Kreuzlingen, em trabalho premiado pela Sociedade Allemã de Psychiatria, a respeito da cura medicamentosa das psychoses, o que mostra como ella se interessa por estes assumptos, publicado no Vol. 94, fascs. 1 e 3, do Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, preconisa a escopolamina, além de alimentação sufficiente e tonicos cardiacos, como *cardiazol e coramina.*

Em trabalho recente dos Drs. Hector Pinero e Ramon Silva, na Medicina Argentina, preconisam elles a *lacto-therapia,* nos estados de agitação.

Empregam injecções de leite fresco, esterilisado por ebulição, por via sub-cutanea, em dóses progressivas de 1 a 3cc³, diariamente ou em dias alternados, chegando-se a um total de 120 cc³ em um periodo de tres semanas. O doente fica tranquillo em muito pouco tempo.

Montassut e Ilniski, no Encéphale de Dezembro de 1930, mostram que se póde acalmar a excitação maniaca pela ingestão de *chlorureto de calcio.*

Empregam tambem injecções de chlorureto de calcio na dóse média de 3 grammas diarias.

Desruelles e Chiari, em Junho de 1931, aconselham a *auto-hemotherapia.*

Como preventivo, continúa a ser muito proveitoso o methodo de Logre e Santenoise que mandam dar *gardenal.*

Nos Archivos Brasileiros de Medicina, de Julho de 1929, publiquei um trabalho a respeito do tratamento da *melancolia.* Nelle preconiso o *cacodylato de sodio* em dóses altas e o *extracto fluido de damiana.*

Excellente tratamento é o da *insulina,* na dóse de 10 unidades antes de cada refeição.

Tambem aconselhei os extractos fluidos de *cereja de Virginia, coca e aromatico americano.*

Jacobi, de Jena, no Deutsche Medizinische, n.º 1 de 1926 encarece o valor de injecções de *eucodal.*

Aubel, Targowla e Badonnel mostraram na Presse Médicale de 28 de Março de 1925 que ha na melancolia insufficiencia hepatica e acidóse.

Penso, pois, que muito aproveitarão a *insulina, o bicarbonato de sodio em dóse forte* e o *extracto hepatico.*

Como tratamento preventivo, continúo a empregar com vantagem a *adrenalina.*

Em relação á PSYCHOSE DE INVOLUÇÃO, ha recentemente apenas a notar as vantagens do emprego da *fol-*

liculina para corrigir a insufficiencia ovariana, e do *extracto testicular* para apressar as regras e melhorar a ansiedade na menopausa.

Em relação á ARTERIO-ESCLEROSE CEREBRAL há apenas a consignar os optimos resultados que tenho conseguido com a *esclerolysine,* preparado que tem *phosphatos* e com o *citrato de sodio,* em dóses fortes.

SYPHILIS CEREBRAL

Modernamente vem empregada com grande resultado a *malario-therapia.* Kyrle utilisou com proveito a associação desta a um tratamento *arsenical.* Finger declara em Janeiro de 1926 ter obtido com *injecções intramusculares de leite,* na dóse de 10 cc.³ de 6 em 6 dias, vantagens em manifestações cutaneo-mucosas, mas resultado nullo na syphylis cerebral.

Os auctores modernos vão chegando á mesma conclusão, a que ha muitos annos cheguei e declarei na tribuna da Academia de Medicina e nos jornaes scientificos: nunca se deve dar dóse forte de 914. Nunca receitei mais de 30 *centigrs.* de cada vez.

A syphilitico que tiver impotencia psychica, não se deve dar *bismutho.*

Cayrel, no Giornale di Clinica Medica de 10 de Abril de 1926, mostra que o bismutho dá frigidez sexual, acompanhada de impotencia transitoria. Esta cessa, logo que se para com o bismutho.

Em Abril de 1928 Luiz Brin dizia que já havia tres casos de morte attribuida ao bismutho quando, no entanto, este era até então considerado o unico preparado anti-syphilitico, em cujo acervo não havia desastres.

Hirsch e Handovsky, em 1927, condemnaram o uso de injecções intra-venosas, a não ser para o salvarsan. O emprego frequente de injecções intravenosas de *mercurio* é, a meu ver, positivamente condemnavel.

Em trabalho recente do notavel Professor Gonzalo Lafora, elle preconisa a associação de injecções intravenosas do néo-*salvarsan* a injecções *intra-racheanas* deste producto. Aquellas precederiam estas. As dóses seriam sempre pequenas.

Ha actualmente um *methodo syphilimetrico,* por meio da *reacção de Vernes,* que serve para marcar a intensidade

da infecção syphilitica e que serve para esta como diz Vernes, como o thermometro serve para febre.

Como muito bem diz Fernando Fuente Hita, nos Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades, de 18 de Fevereiro de 1928, a syphilimetria serve tambem para se ir verificando as vantagens da continuação de um dado tratamento.

PARALYSIA GERAL

Em trabalho que publiquei na Revista de Criminologia, Psyquiatria y Medicina Legal, de Buenos Ayres, de Novembro de 1931, abordei todas as questões modernas, concernentes a este tratamento.

Mostrei-me então muito convicto do valor da *malariotherapia,* documentando-se a sua efficacia em excellentes resultados comprovados nas estatisticas de auctores modernos.

Nonne obteve 48,3 % de remissões completas, Bratz, 42,1 %, Gertsmann 33 % Weygandt 31,1 %, Grant e Silverston, 14 %, etc.

A estatistica do Dr. Waldemiro Pires que muito se tem especialisado no assumpto, dava em 1927, em 45 casos, 13 remissões completas, 11 incompletas, 10 melhorias leves, 10 casos estacionarios e 2 casos de morte. Apresentava, portanto, 28 % de remissões completas. A estatistica deste competente especialista é a menos elevada em relação ao numero de casos de morte, pois a percentagem é de 4 %, ao passo que a melhor até então que era a do Prof. Claude, de Fevereiro de 1927, era de 6,9 % e as outras apresentavam uma média de 15 a 20 %.

Wagner von Jauregg, muito recentemente, em 15 de Janeiro de 1932, no Wiener Klinisch Wochenschrift, diz que quando se trata de doentes obesos, muito velhos ou de coração insufficiente, nos quaes por isto se tema a malaria, pode-se dar pequenas dóses de quinina (1 a 3 centigrs.) entre os accessos, ou entre o 2.º e o 4.º accesso dar dóses fortes de quinina (podendo chegar mesmo a 5 gs. durante uma semana). Nestes casos não se deve deixar ter mais de 8 accessos que pódem ser interrompidos, substituidos por um tratamento arsenical intensivo e depois reimpaludado o individuo.

O Dr. Waldemiro Pires, em trabalho publicado no Brasil Medico em 10 de Outubro de 1931, refere já ter malari-

sado na Fundação Graffrée-Guinle 200 paralyticos geraes, com 35 % de remissões completas e 15 % incompletas. E' portanto, uma estatistica ainda melhor do que a que fez em 1927.

Maurice Ducosté, na Academia de Medicina de Paris, em 12 de Abril de 1932, aconselhava a *paludisação cerebral.*

Injectava nos lóbos frontaes, direito ou esquerdo, dos paralyticos geraes, 2 a 5 cc.³ de sangue citratado de impaludado.

Em 80 casos applicou este methodo. A percentagem de mortes foi muitissimo reduzida. Em 8 % dos casos as reacções humoraes se tornaram todas negativas no sangue e no liquor.

A percentagem dos que parecem clinicamente curados, foi de 21,4 %.

Empregou elle tambem a *malariotherapia intra ventricular.* Em 23 paralyticos geraes punccionava um ventriculo lateral, tirava de 10 a 20cc³ de liquido e injectava immediatamente uma quantidade um pouco maior de sangue malarisado. Os resultados eram inferiores aos do outro processo.

Apenas tres casos de cura completa.

Dous casos de morte.

O Professor Nonne, o notavel neurologista cujas conferencias foram tão admiradas e applaudidas aqui no Rio de Janeiro, é um dos maiores apologistas da malariotherapia e no Medizinische Klinik, de 4 de Dezembro de 1925, referia ter empregado em 450 casos com optimo resultado.

Verstraeten, de Bruxellas, mostra muito recentemente ter obtido num periodo de oito annos no Instituto Caritas 50 % de resultados favoraveis.

Após a malariotherapia, o tratamento que se deve fazer, é o pelo *bismutho.*

O notavel neurologista Prof. Austregesilo se mostrou contrario, em communicação á Sociedade Brasileira de Neurologia e Psychiatria, ao emprego do 914, principalmente em dóses fortes, facto com que estou de inteiro accordo.

Wagner von Jauregg, na Wiener Medizinische Wochenschrift, de Março de 1932, fala do tratamento por meio de *correntes de alta frequencia em ondas curtas* e do por meio da *diathermia* (neste caso 25 % de melhorias), sendo que considera ambos inferiores á malariotherapia.

No trabalho de Clarence Neymann e Osborne, no Journal of Medical Association, de 3 de Janeiro de 1931,

dizem elles que com a *diathermia* obtiveram 64 % de francas melhorias, com possibilidade de volta á vida profissional.

PSYCHOSE EPILEPTICA

Em relação á epilepsia, continúo a ter como o melhor dos tratamentos a associação do *luminal* ao extracto de *meimendro, extracto* e *pó de belladona* e *sulfato de esparteina*. E' uma formula minha que tenho utilisado grandemente na clinica. Começando com uma dóse de luminal de 20 centigrs. vou reduzindo a pouco e pouco esta, conforme o resultado obtido. Na Sessão da Academia de Medicina de 16 de Abril de 1925, falei a respeito de novos methodos de tratamento da epilepsia.

Mostrei que aquelle que dá melhor resultado, é a associação de dous ou tres dos melhores remedios da epilepsia: *brometo, luminal, belladona, tartaro borico, potassico* e *meimendro*.

Nos Archivos Brasileiros de Medicina, de Março de 1931, publiquei um trabalho a respeito de *idéas modernas a respeito da epilepsia*. Expuz então as modernas interpretações pathogenicas que orientam evidentemente o modo de tratar.

No estado de mal epileptico o competentissimo especialista Prof. Enjolras Vampré preconisa a *acetylcholina* que modifica a perturbação vascular condicionadora da crise. Pagniez, Plichet e Decourt disseram que com 20 centigrs. de acetylcholina as crises cessaram, num caso, no fim de uma hora, e noutro, no fim de quinze minutos.

Ghitovitck, em 1925, aconselhava o tratamento da epilepsia pela *vaccina anti-rabica*. Salientou que as formas muito graves, de longa duração, aproveitam bastante.

O Professor Novoa Santos, uma das maiores competencias entre os especialistas hespanhóes, aconselhava modernamente o tratamento por meio de *injecções de emulsão de luminal sodico*.

Injectava 2 cc³ de emulsão em dias alternados.

Pagniez e Plichet, na Presse Médicale de 16 de Dezembro de 1931, preconisam o *regimen cetogenico* na epilepsia e mostram o modo pratico, pelo qual póde ser elle usado.

Consiste na suppressão do pão, feculentos e assucar, substituição dos hydratos de carbono pelas gorduras e corpos gordurosos e reducção das substancias azotadas, da carne.

O methodo de *tratamento pelo jejum* é muito aconselhado, particularmente para crianças. Ha, em consequencia do jejum, a cetose, isto é, a ruptura do equilibrio acido-basico no sentido da acidóse, criada pela sobrecarga do organismo em acidos cetonicos: acetona, acido diacetico e acido dioxybutirico.

No celebre artigo do Prof. Pierre Marie, na Presse Médicale de 21 de Janeiro de 1928, em que se modifica todo o conceito pathogenico da epilepsia, ha o preconicio do *tartrato borico-potassico* que seria um factor acidosante, agindo lentamente.

Isto tudo vem demonstrar a razão de Bigwood que em suas experiencias demonstrou a relação certa entre as phases de uma alcalóse descompensada e as crises convulsivas do mal cornical.

Na Presse Médicale de 21 de Janeiro de 1931, Paul Hartenberg aconselha a deshydratação no tratamento da epilepsia.

Dão-se 200 grs. de agua, nas 24 horas.

Wladucko preconisa a cura da epilepsia pelo *assucar.* Retinger, de Wilno, constatou que antes da crise convulsiva havia uma hypoglycemia muito pronunciada (metade da quantidade normal). Por este motivo o assucar aproveitaria.

HYSTERIA

No trabalho que escrevi nos Archivos Brasileiros de Neurologia e Psychiatria de Julho de 1929, com o titulo — idéas modernas sobre a hysteria — mostrei o conceito actual que evidentemente vai influir na therapeutica.

Na hysteria haveria frequentemente um substractum organico e uma instabilidade excessiva do systema neuro-vegetativo. A par da persuação que representaria sempre o tratamento essencial, haveria em muitos casos necessidade de empregar *remedios vagotonicos e sympathicotonicos* e recursos que *regularisassem a circulação cerebral.*

Mlle. Pascal aconselha o *tratamento pelos choques.* Foram utilisados o *propidon* ou *vaccina de Delbet,* a *peptona de Witte* e o *nucleinato de sodio.*

NEURASTHENIA

Em trabalho que publiquei em 1931 a respeito do tratamento da ansiedade e neurasthenias e pseudo neurasthe-

nias, expuz o que ha de moderno a respeito da pathogenia, symptomatologia e tratamento da *psychasthenia e nervosismo,* modalidades da neurasthenia.

Na *psychasthenia* continúo a receitar com optimos resultados injecções tonicas de *bioplastina Serono,* ou *cerebrina,* ou *ionase neurotonica,* ou injecções de *magnesiocacodylina.* Como calmantes, a retirarem a emoção, prefiro os extractos fluidos de *Casemiroa edulis,* de *alface,* de *lupulo,* de *damiana,* de *coca,* de *mulungú,* de *maracujá.*

No *nervosismo,* a remover a *ansiedade,* é excellente o resultado que tenho obtido com o *luminal* em pequenas dóses, associado ao extracto fluido de *Veratrum viride e dionina.*

O *pó de fava de Calabar,* na dóse maxima de 30 centigrs. diarios, os extractos fluidos de *lupulo, alface e Vitis Nili,* associados á *solução de Laroyenne,* são muito vantajosos.

No nervosismo *gastrico* prefiro associal-os ao *Cocculus,* no *intestinal,* ao *aniodol interno, Cannabis Indica* e *Lancifolia; no sexual* são productos preferiveis a *Echinaccea Angustifolia,* a *catuaba,* a *damiana,* a *muirapuama.*

A proposito de *perturbações mentaes ligadas á* CHORÉA, nada ha de novo, a não ser o emprego do *luminal,* em pequenas dóses.

ESTADOS ATYPICOS DE DEGENERAÇÃO

Neste grupo de estados morbidos, na sua modalidade *delirio espirita episodico* continúa a ser optimo o resultado que obtenho com as *injecções de valerianato de atropina,* methodo de tratamento que criei e fundamentei, em artigo publicado nos Archivos Brasileiros de Medicina de Julho de 1928. Nelle mostro que o effeito vantajoso do valerianato de atropina parece depender menos de uma acção vagotonica, do que da influencia que ha sobre os centros vasomotores, e da ischemia cerebral que se localisando no lóbo temporo-espheinodal e no occipital, cura as allucinações que são a causa essencial do delirio episodico.

DEBILIDADE MENTAL. IMBECILIDADE. IDIOTIA

Na *debilidade mental a therapeutica endocriniana,* foi bem defendida por Potter em excellente artigo, em que assignalou as vantagens da *thyreoide e* da *hypophyse.*

Em doentes de debilidade mental e mesmo de imbecilidade tenho conseguido muito bons resultados com uso de *thyreoide,* durante dez dias, *thymo* nos dez dias seguintes, e *hypophyse,* nos outros dez.

Em varias crianças atrasadas mentaes tenho notado um caracter irascivel, explicavel segundo disse o notavel Prof. Maranon, em 15 de Março de 1932, pela insufficiencia de *calcio.* Tenho-lhes administrado este preparado, com proveito.

O Prof. Sante de Sanctis escreveu em 7 de Dezembro de 1930 na Gazzetta degli Ospedali um trabalho muito bem feito sobre o prognostico therapeutico na debilidade mental das crianças. Accentúa elle que quando a debilidade mental deriva da heredo-syphilis, nada se consegue com o tratamento. Ha uma encephalite chronica que se não consegue curar.

Em casos em que não ha heredo-syphilis, a opo-therapia encrocriniana póde dar optimos resultados, particularmente si associada ao calcio e a methodos pedagogicos hodiernos.

Diante de um doente mental, nunca se deve cruzar os braços. Deve-se sempre intervir pela therapeutica e ter muitas vezes confiança e certeza da cura.

Sempre fui um optimista. Nunca fui um desanimado. E esta crença no valor da therapeutica busco transmittir a todos os meus discipulos e a quantos lêem o que escrevo.

Já bem dizia o Padre Manuel Bernardes que a esperança "era uma engenhosa machina, com que o espirito se guinda desde o mundo para a eternidade; e assim lhe não carrega o peso dos males que cá em baixo leva, tanto furta á affeição do trabalho que padece, quanto se levanta á "contemplação do descanço que espera".

E Socrates já dizia que a vida sem sciencia é uma especie de morte".

Johnson disse que "as grandes obras são executadas não pela força, mas pela perseverança.

Seneca affirmava que "para o homem dado ao trabalho, não ha dia grande".

No tempo que tão rapido passa, penso que cada qual deve empenhar o maximo esforço, para que de seus estudos e observações alguma cousa fique.

INDICE

	Pag.
Prefacio da 1.ª edição	9
» » 2.ª »	13
» » 3.ª »	15
Considerações geraes sobre as doenças mentaes	17
Actos psychicos	25
Causas de alienação mental	37
Technica para exame de um alienado	55
Classificações	79
Affectividade	101
Attenção	119
Consciencia	133
Semiologia da associação de idéas e pesquizas psychologicas	147
Semiologia da memoria e pesquizas psychologicas	163
Semiologia e psychologia esperimental da intelligencia	181
Semiologia da vontade e pesquizas psychologicas	195
Semiologia da percepção. Estudo clinico das allucinações e illusões. Idéas delirantes	211
Estudo das constituições em psychiatria	227
Confusão mental (Psychoses infecciosas, psychoses auto-toxicas	241
Psychoses thyreoidéas	267
Psychose hetero-toxicas	281
Toxicomanias diversas	303

Pag.

Eschizophrenia 327
Paraphrenias 389
Delirio systematisado allucinatorio chronico 403
Paranoia 413
Psychose maniaco-depressiva 427
Psychose de involução 459
Arterio-esclerose cerebral 475
Syphilis cerebral 491
Demencia senil 521
Paralysia geral 541
Psychose epileptica 583
Hysteria 615
Neurasthenia 641
Psychasthenia (modalidade de neurasthenia) 645
Nervosismo (modalidade de neurasthenia) 669
Choréa 697
Estados atypicos de degeneração (personalidades psychopathicas) 709
Delirio espirita episodico 741
Enfraquecimento mental adquirido 757
Debilidade mental, imbecilidade e idiotia 767
Doutrina de Freud 789
Simulação de loucura 823
Desequilibrio vago-sympathico nas doenças mentaes 835
Responsabilidade medico-legal dos alienados 845
Therapeutica moderna em doenças mentaes 873

N. 2.944 — Oficinas Gráficas da Livraria Francisco Alves